Anexo 21 - Gestión SST

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co

Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

U.A.E. CUERPO OFICIAL BOMBEROS BOGOTÁ D.C.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL CUERPO OFICIAL BOMBEROS BOGOTÁ D.C (UAECOB)

"INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, JURÍDICA Y AMBIENTAL PARA CONSTRUCCIÓN Y ADECUACIÓN DE LA ESTACIÓN DE BOMBEROS DE CAOBOS SALAZAR B-13 DE LA UAE CUERPO OFICIAL DE BOMBEROS DE BOGOTÁ – SGC"









CONTRATO DE INTERVENTORÍA
No. UAECOB-0635-2025

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORÍA No.2

01 de diciembre de 2025 al 31 de diciembre de 2025

VOLUMEN 1 DE 1

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE DISTRIBUCIÓN
ÍNDICE DE MODIFICACIONES
ESTADO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

LISTA DE DISTRIBUCIÓN

Copias de este documento han sido entregadas a las dependencias indicadas en el cuadro siguiente. Todas aquellas observaciones que resulten de su revisión y aplicaciones deben ser informadas al director del Proyecto para proceder a ejecutar sus modificaciones.

ÁREA O DEPENDENCIA		No. DE COPIAS
Copia No. 1	Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial Bomberos **Bogotá D.C**	1 (original)
Copia No. 2	Copia Archivo del Contrato de interventoría	1

ÍNDICE DE MODIFICACIONES

ÍNDICE VERSIÓN	CAPÍTULO MODIFICADO	FECHA DE MODIFICACIÓN	OBSERVACIONES
0		-	Versión original

ESTADO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

TITULO DOCUMENTO:		INFORME MENSUAL DE INTERVENTORÍA No.01			
DOCUMENTO No:					
A	NÚMERO DE REVISIÓN		0	1	2
P		Nombre:	Yessica A. Motta Vargas		

R	RESPONSABLE POR ELABORACIÓN Profesional SST	Firma:			
O		Fecha:	30 de noviembre de 2025		
B	RESPONSABLE REVISIÓN "Director de Interventoría"	Nombre:	Arq. Gabriel Duarte		
A		Firma:			
C		Fecha:	30 de noviembre de 2025		
I	RESPONSABLE APROBACIÓN "Representante Legal de Interventoría"	Nombre:	José Vicente Bocanegra		
Ó		Firma:			
N		Fecha:	30 diciembre de 2025		

INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como objeto presentar a la Entidad Contratante que en adelante la denominaremos UAECOB el estado de avance y control al Contratista CONSORCIO OBRAS CAOBOS MG tiene sobre el proyecto a su adjudicación Contrato de Obra No. UAECOB-CONTRATO-630-2025, que tiene como objeto "Construcción y Adecuación de la Estación de Bomberos de Caobos Salazar B-13 De La UAE Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá – SGC", desde el 01 de diciembre del 2025 al 31 de diciembre al 2025, periodo correspondiente a la Etapa de Ejecución.

En este informe se encontrará la información general y descripción del proyecto en cuanto a la etapa de ejecución, así como las actividades realizadas por parte de la Interventoría para el seguimiento y control en el aspecto técnico, administrativo, financiero, calidad, ambiental, social y seguridad industrial, junto con las recomendaciones y conclusiones para tener en cuenta para el buen desarrollo del proyecto.

INFORME EJECUTIVO

Construcción y Adecuación de la Estación de Bomberos de Caobos Salazar B-13 De La UAE Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá – SGC"

Ubicación del proyecto:
Localidad de Usaquén
Carrera 14B No.146 – 50 (Barrio Cedritos)
Bogotá D.C, Cundinamarca

Contrato de Obra No. UAECOB-CONTRATO-630-2025

Contratista: Consorcio Obras Caobos MG

Valor del contrato: **Catorce mil novecientos cincuenta y dos millones cuatrocientos treinta y cuatro mil ochocientos cincuenta y dos pesos ($ 14.952.434.852.58) m/cte**.

Plazo contrato: **Dieciocho (18) meses calendario**.

Fecha de inicio: **11 de noviembre de 2025**.

Fecha de terminación inicial: **10 de mayo de 2027**.

Contrato de Interventoría No. UAECOB-CONTRATO-635-2025

INTERVENTORIA: **Daimco S.A.S**

Valor del contrato: **Mil novecientos cuarenta y dos millones doscientos ocho mil ochocientos cuarenta y ocho pesos ($ 1.942.208.848,00) (m/cte.)**

Plazo contrato: **Dieciocho (18) meses calendario**.

Fecha de inicio: **11 de noviembre de 2025.**

Fecha de terminación inicial: **10 de mayo de 2027**.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Bogotá, capital de Colombia, es una metrópoli de aproximadamente 8 millones de habitantes ubicada en la Sabana de Bogotá, a 2,640 metros sobre el nivel del mar en la Cordillera Oriental de los Andes.

La ciudad se caracteriza por un clima templado con temperatura promedio de 14°C y dos temporadas de lluvias marcadas entre abril-mayo y octubre-noviembre. Administrativamente, Bogotá se divide en 20 localidades, cada una con actividades socioeconómicas particulares que demandan estrategias diferenciadas de atención de emergencias.

El proyecto se desarrollará en la Carrera 14B No. 146-50, en el barrio Cedritos, localidad de Usaquén, en respuesta a un análisis estratégico de cobertura y necesidades del sector norte de la ciudad ante Emergencias.

El barrio Cedritos, se encuentra en una posición privilegiada dentro de la localidad, con excelente conectividad vial a través de la Autopista Norte, la Carrera 7 y vías transversales que comunican con otras localidades vecinas como Suba y Chapinero.

La ubicación en la Carrera 14B con Calle 146 permitirá tiempos de respuesta óptimos hacia el norte de la ciudad, puesto que, la infraestructura vial existente facilita el desplazamiento rápido de las unidades de emergencia hacia puntos de alta demanda.

La nueva estación de Bomberos Caobos Salazar B-13 se ajustará a la normativa colombiana vigente, incluyendo el Reglamento NSR-10 para construcción sismo-resistente, las Normas Técnicas Colombianas relacionadas con protección contra incendios, y las disposiciones del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá.

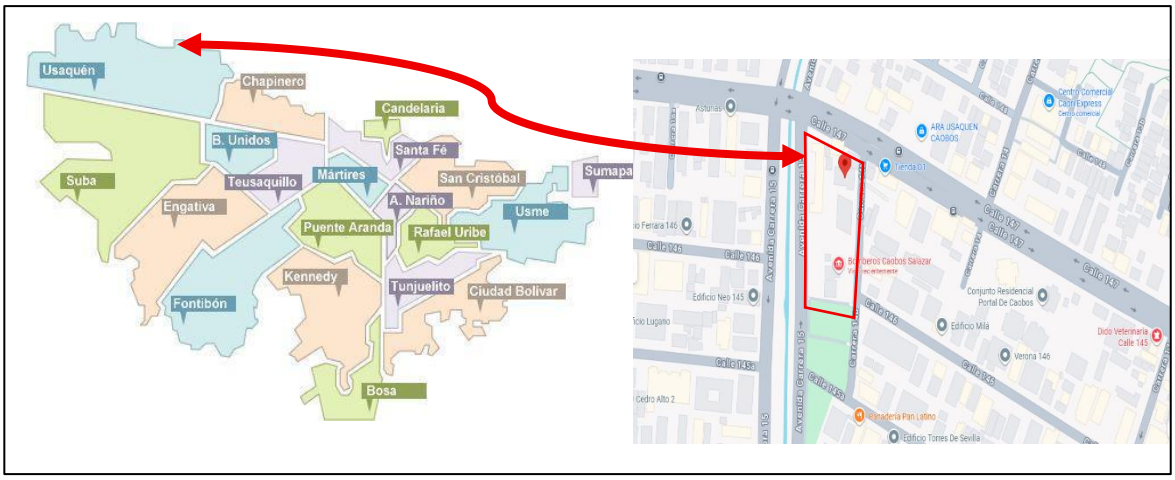


Ilustración SEQ Ilustración * ARABIC 1-Ubicación del Proyecto

Modalidad de intervención Estación de Bomberos Obras Caobos B-13

Construcción

El proyecto consiste en la demolición de la estructura existente y la construcción de la nueva Estación de Bomberos Caobos Salazar B-13, ubicada en el barrio Cedritos, localidad de Usaquén, Bogotá D.C.

Licencia de Construcción

El día 01 de octubre de 2024 la Curaduría Urbana No.2 de Bogotá DC mediante el Acto administrativo No.11001-2324-3464 expidió la Licencia de construcción para la Construcción de la Estación de Bomberos Caobos Salazar MG, bajo los siguientes lineamientos:

- Matrícula Inmobiliaria: **50N105628**7
- Área del lote: **2922.77 m²**
- **Nomenclatura catastral:** Número de Manzana Catastral 022 y lote (s) de manzana catastral 011, Manzana Urbanística Zona Verde 2 del Lote Urbanístico ZV2 de la Urbanización NUERVA URBANIZACIÓN EL CEDRITO (Localidad Usaquén).
- **Descripción:** OBRA NUEVA: DEMOLICIÓN TOTAL para una edificación en tres (03) pisos y sótano (en tanques de agua) para el uso dotacional tipo 1 – Servicios de Seguridad ciudadana, Defensa, convivencia y Justicia – ESTACION DE BOMBEROS - CON OCHO (8) CUPOS DE ESTACIONAMIENTO INCLUIDO UN (1) CUPO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SIETE (7) MOTOS, Dieciséis (16) Bicicleteros.

Revisión de los Estudios y Diseños Técnicos

Los estudios y diseños fueron desarrollados por una firma interventora independiente y externa al Contrato de Obra e Interventoría respectivamente.

Tabla 1 **- Información General**

Nombre I.E.	Barrio	Localidad	Ciudad	Postulación
Estación de bomberos Caobos Salazar B-13	Cedritos	Usaquén	Bogotá D.C	DEMOLICIÓN Y CONSTRUCCIÓN

El resultado final del proyecto será la entrega de una infraestructura completamente funcional, que cumpla con los estándares técnicos y operativos requeridos para el funcionamiento óptimo de una estación de bomberos moderna.

Los estudios y diseños que a la fecha son sometidos a revisión y validación técnica son los siguientes:

- Diseño Arquitectónico: **Planimetría general, distribución de espacios y especificaciones arquitectónicas.**
- Diseño Estructural: **Cálculos estructurales, memorias de diseño y planos estructurales**.
- Diseño Hidrosanitario: **Sistemas de acueducto, alcantarillado y redes hidráulicas**.
- Estudio Geotécnico: **Caracterización del suelo, capacidad portante y recomendaciones de cimentación.**
- Diseño Topográfico: **Levantamiento topográfico, planimetría y altimetría del terreno**.
- Diseño Mecánico: Sistemas de ventilación, climatización y equipos mecánicos.
- Licencias y Permisos: Documentación de trámites ante entidades públicas competentes.

- Documento de Especificaciones Técnicas Generales.

Esta interventoría realiza el seguimiento a la ejecución del contrato de obra No. UAECOB-CONTRATO-635-2025, validando que, la ejecución de actividades se realice conforme a los estudios y diseños entregados, así como, se dé cumplimiento a los parámetros de la Normatividad Vigente en el sector de la construcción, normatividad relacionada a continuación:

a) Norma vigente con relación a los planes de ordenamiento de cada región, previo a la radiación del proyecto para los trámites de obtención de las licencias y/o permisos. Normas Técnicas Colombianas para el planeamiento, diseño y dotación de instalaciones y ambientes escolares, (NTC 4595 de 1999, NTC 4596 de 1999, NTC 4641- 4732-4733/99).
b) Ley 400 de 1997. Reglamento colombiano de Construcciones Sismo Resistentes NSR-10 y sus decretos reglamentarios, complementarios y cualquier otra norma vigente que regule el diseño y construcción sismo resistente en Colombia.
c) Ley 361 07/02/1997 congreso de Colombia integración social de las personas con limitación. Accesibilidad al medio físico y transporte. NTC. 4144, NTC. 4201, NTC. 4142, NTC. 4139, NTC. 4140, NTC. 4141, NTC. 4143, NTC. 4145, NTC. 4349, NTC.4904, NTC. 4960.
d) Normas de accesibilidad (ley 12 de 1987, ley 361 de 1997, NTC 4140 de 1997, NTC 4143 de 1998, NTC 4145 de 1998), Ley 1618/13 – Disposiciones para Garantizar el Pleno Ejercicio de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
e) Normas INVIAS para rellenos granulares y especificaciones de pavimentos.
f) Normas de Salubridad (ley 09 de 1979, NTC 920-1 de 1997, NTC 1500 de 1979, NTC 1674 de 1981, NTC 1700 de 1982).
g) Normas Ambientales Ley 373 de 1997 – Uso eficiente y racional del agua, Decreto 1753 de 1994, GTC 24 de 1989.
h) Decreto 1575 DE 2007 por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano.
i) Análisis y aplicación de normas ambientales, gestión ambiental y manejo de residuos.
j) NFPA 101 Código de Seguridad Humana.
k) Normas NFPA-NEC y Código Nacional de Incendios.
l) Reglamento técnico del sector de agua potable y saneamiento básico, RAS (Resolución 0330 del 17, emanada del Ministerio de Desarrollo Económico de la República de Colombia) y Resolución 2320 DE 2009 por la cual se modifica parcialmente la Resolución número 1096 de 2000 que adopta el Reglamento Técnico para el sector de Agua Potable y Saneamiento Básico –RAS.
m) Normativas ASHRAE referentes a eficiencia energética (90.1) y confort térmico (62.1). Código Eléctrico Nacional, norma INCONTEC 2050.
n) Reglamento técnico de instalaciones eléctricas Resolución No. 18 0398 de 7 de abril de 2004 expedida por el Ministerio de Minas y Energía (RETIE) y Reglamento Técnico de Iluminación

y Alumbrado Público RETILAP. Las normas vigentes de la empresa de energía encargada del suministro y control de la energía de cada región.

o) Normas de las empresas locales de servicios públicos o con las que se proveerá los servicios.
p) NTC 2769-5, Elevadores, ascensores especiales para el transporte de personas y carga.
q) Norma NTC 2505 y demás Normas Técnicas de Gas Natural S.A. Esp.

Contratos suscritos

Contrato de Obra

Contrato de obra No. UAECOB-CONTRATO-630-2025	
Fecha de suscripción Contrato de Obra	03 de octubre de 2025
Contratista	Consorcio Obras Caobos MG
Representante Legal	Carlos Andrés Tobón
Entidad Contratante	Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá D.C
Valor del contrato de Obra Inicial	Catorce mil novecientos cincuenta y dos millones cuatrocientos treinta y cuatro mil ochocientos cincuenta y dos pesos ($ 14.952.434.852.58) m/cte.
Plazo de Inicial	Dieciocho (18) meses calendario
Acta de inicio	11 de noviembre de 2025
Fecha de terminación	10 de mayo de 2027

Contrato de Interventoría.

Contrato de Interventoría: C.I. No. UAECOB-CONTRATO-635-2025	
Fecha de suscripción Contrato de Interventoría	07 de octubre de 2025
Contratista (Interventor)	Daimco S.A.S
Representante Legal	José Vicente Bocanegra
Entidad Contratante	Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá D.C
Valor del contrato de Interventoría	Mil novecientos cuarenta y dos millones doscientos ocho mil ochocientos cuarenta y ocho pesos ($ 1.942.208.848,00) (m/cte.)
Plazo de Inicial	Dieciocho (18) meses calendario
Acta de inicio	11 de noviembre de 2025
Fecha de terminación	10 de mayo de 2027

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe recopila las actividades y controles implementados en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) durante el periodo comprendido del 01 de diciembre al 31 de diciembre del 2025, con el fin de evidenciar el cumplimiento del SG-SST por parte del Consorcio Obras Caobos MG y las acciones de verificación realizadas por la interventoría. De esta manera, se asegura que las actividades del proyecto se desarrollen bajo condiciones seguras, minimizando la exposición a peligros y protegiendo la integridad del personal.

2. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SG-SST

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) es el conjunto de políticas, procedimientos, responsabilidades y controles dirigidos a anticipar, identificar, evaluar y controlar los riesgos asociados a las actividades del proyecto. Su implementación es fundamental para prevenir incidentes, garantizar el cumplimiento normativo y establecer una cultura de prevención dentro de la obra.

El componente de seguridad y salud en el trabajo es responsabilidad de todos y cada uno de los trabajadores del Contratista Consorcio Obras Caobos MG, quien con su compromiso de autocuidado en salud y el firme apoyo de la empresa posibilitan la prevención del riesgo laboral, es decir impedir la ocurrencia del accidente de trabajo y el desarrollo de la enfermedad laboral. El componente ambiental busca prevenir, mitigar, compensar, controlar y/o corregir los impactos ambientales negativos identificados y generados en el proyecto.

3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar y verificar las acciones del SG-SST durante el desarrollo del proyecto, garantizando ambientes seguros y la aplicación de medidas de prevención y control.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el cumplimiento del SG-SST por parte del Consorcio Obras Caobos MG.
- Supervisar el ingreso del personal y la validación de requisitos.
- Acompañar y verificar las actividades desarrolladas en obra.
- Fortalecer la cultura de seguridad en el proyecto.

4. INGRESO DE PERSONAL

Durante el inicio del proyecto, se realizó la verificación al Consorcio Obras Caobos MG, con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. En este proceso, se le solicitó al contratista la entrega completa y oportuna de la documentación requerida para el ingreso del personal vinculado a las actividades en obra, de conformidad con los lineamientos establecidos.

Dicha documentación incluye, entre otros, certificados de afiliación al Sistema General de Seguridad Social, inducciones, exámenes médicos ocupacionales de ingreso**,** entre otros.

(ANEXO 01: Documentación de ingreso).
(ANEXO 11: Medevac)

5. PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Las planillas de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral constituyen un documento fundamental para garantizar el cumplimiento de las obligaciones legales en materia laboral y de seguridad y salud en el trabajo. A través de estas planillas se evidencia el pago oportuno de los aportes a salud, pensión, riesgos laborales y demás subsistemas, asegurando la protección integral de los trabajadores frente a contingencias derivadas de su actividad laboral.

Se presenta el aporte, las planillas al periodo, de los trabajadores, Consorcio Caobos MG, Contratistas e Interventoría. **(ANEXO 02: Planillas de seguridad)**

6. RELACIÓN DEL PERSONAL DEL PROYECTO.

A continuación, se relaciona el personal de la Interventoría DAIMCO, CONSORCIO OBRAS CAOBOS MG, subcontratistas y personal operativo que hace parte del proyecto.

Durante el periodo que comprende este informe No.2, ingresaron al proyecto cuarenta y cuatro (44) personas, de las cuales catorce (14) son persona administrativa y veintitrés (30) son personal operativo del proyecto, como se puede evidenciar en la tabla No.2, No.3 y No.4

TABLA 2: Personal de Interventoría

PERSONAL ADMINISTRATIVO - INTERVENTORÍA			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	GABRIEL DUARTE ORJUELA.	1010166303	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA
2	ERIKA QUIROGA BOHÓRQUEZ	1052411600	RESIDENTE ADMINISTRATIVA
3	PAOLA LATORRE	1069402286	COORDINADORA SOCIAL

PERSONAL ADMINISTRATIVO - INTERVENTORÍA			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
4	YESSICA ALEJANDRA MOTTA VARGAS	1084899188	RESIDENTE SST
5	LAURA SOFIA PAEZ TORRALBA	1001174743	INSPECTOR DE OBRA
6	JOHANNA ZAPATA	53021112	RESIDENTE SOCIAL
7	CARLOS MORALES	72291971	PROFESIONAL AMBIENTAL

Fuente propia – Interventoría

TABLA 3: Personal de Consorcio Obras Caobos Mg

PERSONAL ADMINISTRATIVO - CONSORCIO OBRAS CAOBOS MG			
1	YAZO PATARROYO JAZMIN CORAZÓN	51969600	DIRECTORA DE OBRA
2	RUEDA CARO SANTIAGO	1032498257	ING ADM
3	CARRILLO MORALES JESSICA XIMENA	1016064030	PROFESIONAL SST
4	QUINTERO ROJAS ERICA PAOLA	1010188117	PROFESIONAL AMBIENTAL
5	LUZ ADRIANA CAMPOS TALA	1020740090	PROFESIONAL SOCIAL
6	HUGO ANDRES MORENO RODRIGUEZ	1015469972	INGENIERO RESIDENTE
7	ELIZABETH TORRES HERNANDEZ	1072747435	AYUDANTE Y MENSAJERÍA

Fuente propia - Interventoría

TABLA 4: Personal Subcontratistas

PERSONAL - CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	JONATHAN RAMIREZ	80146561	REPRESENTANTE LEGAL
2	RAMIREZ PINTO SANTIAGO ALEXANDER	1012327563	AYUDANTE
3	NIÑO ESPINEL DEIVER EDUARDO	1000179036	AYUDANTE
4	NIÑO ALBINO LUIS EDUARDO	79945447	OFICIAL
5	LUIS FERNEY BENITEZ BENITEZ	1007048800	AYUDANTE DE OBRA
6	EVER ANTONIO MENESES ESTRADA	8168961	AYUDANTE DE OBRA
PERSONAL - M&D MONTAJES Y SERVICIOS SAS			
1	SALAZAR JOSE RAUL	79207815	AYUDANTE
2	MENDEZ ROJAS JUAN CARLOS	80145477	OFICIAL
PERSONAL - ENERGIZA			

ITEM	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO
1	EDILBERTO TORRES RAMOS	1137220861	AYUDANTE ELECTRICO
2	HERMELINA ACOSTA PALENCIA	1052994257	TECNICA ELECTRICA
3	ANDRÉS MANUEL CERVANTES MORENO	1143242085	AYUDANTE ELECTRICO
4	HECTOR ARMANDO DIAZ RAMIREZ	1024484483	OFICIAL ELÉCTRICO
5	RAFAEL RONALDO RODRIGUEZ ESTRADA	1007183048	INGENIERO
PERSONAL - INFRAESTRUCTURA NACIONAL LTDA			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	DUVAN ELIAS MONTENEGRO CALDERON	79632567	RESIDENTE SST
2	JOSÉ WILLIAM GUARNIZO CAMPOS	93150661	BOAL
3	JHON MONTERO TORRES	1001284748	RESIDENTE TÉCNICO
4	SANTIAGO DELGADO CARDOZO	1007157324	OFICIAL DE DEMOLICIÓN
5	JAVIER RICARDO MONTENEGRO CORTES	1020811513	DIRECTOR TÉCNICO
6	JOSE ANDRES GONZALEZ RAMIREZ	1051287439	OFICIAL DE DEMOLICIÓN
7	CAMPO ELÍAS PULGARIN GARZÓN	79761815	OPERARIO
PERSONAL - CARLOS FERNANDO MARIN SANTAMARIA-TOPOGRAFO			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	TULIO LEÓN GIRALDO GIRALDO	1024540040	TOPOGRAFO
2	JOHANA MILENA JAIMES MARIN	1013659041	AYUDANTE TOPOGRAFIA
3	CARLOS FERNANDO MARIN SANTAMARIA	91301238	TOPOGRAFIA
4	EDWIN ALEXANDER CASCAVITA YARA	1003842617	AYUDANTE TOPOGRAFIA
PERSONAL - DESCAPOTE-DANIEL			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	MANUEL FRANCISCO BALLESTEROS AREVALO	11349013	OPERARIO
2	LUIS YOVANY REYES LOZANO	79780768	AUXILIAR ENTREGA DE VALERA
SEGURIDAD G2 LTDA			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	LUIS ANTONIO MOLERO EPIEYU	1124074372	VIGILANCIA
2	LUIS CARLOS OSORIO CARDONA	1032462279	VIGILANCIA

3	RAFAEL HUMBERTO QUIROZ T.	79603654	VIGILANCIA
4	URIEL PORTELA CAMACHO	93396038	VIGILANCIA

Fuente propia - Interventoría

7. ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante el periodo comprendido entre el 01 de diciembre de 2025 al 31 de diciembre de 2025 se desarrollaron las siguientes actividades:

- **Terminación de oficinas administrativas y puntos eléctricos:** Se termina campamento de obra y la instalación de tubería eléctrica para su energización del mismo. Durante la ejecución se realizó la verificación de las condiciones de seguridad del área de trabajo, asegurando el cumplimiento de las medidas preventivas correspondientes. **(ANEXO 13: Procedimiento)**

Imagen 1: Instalación de muro en perfil	**Imagen 2:** Instalación de lámina de Drywall
	
Imagen 3: Instalación de superboard	**Imagen 2:** Instalación de lámina de Drywall
	
Imagen 3: Instalación de tubería	**Imagen 4:** Instalación de lampara

	
Imagen 5: Campamento	**Imagen 6:** Baños
	
Imagen 7: Aseo - Antes	**Imagen 8:** Aseo - Después
	
Imagen 9: Instalación de tubería para baños	**Imagen 10:** Baños





- **Demolición de estructura de bomberos:** Se evidencia la demolición de estructura existente al interior de la Estación de Bomberos, actividad realizada de manera controlada y conforme a la programación del proyecto. Los trabajos permitieron la liberación del área intervenida para el desarrollo de las siguientes etapas de obra.
  La actividad se ejecutó aplicando las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo, sin presentarse incidentes ni afectaciones. **(ANEXO 13: Procedimiento e Informe)**

Imagen 11: Desinstalación de ventana



Imagen 12: Retiró de venta



Imagen 13: Desinstalación de ventanería



Imagen 14: Señalización de área



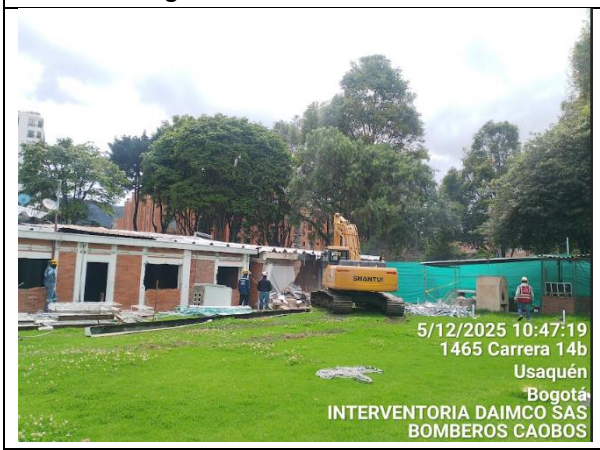
Imagen 15: Señalización interna de trabajo	**Imagen 16:** Señalización de trabajo
	
Imagen 17: Área interna de trabajo despejada	**Imagen 18:** Señalización de trabajo
	
Imagen 19: Inicio de demolición	**Imagen 20:** Demolición
	
Imagen 21: Señalización costado sur de la obra	**Imagen 22:** Señalización costado sur de la obra

	
Imagen 23: Demarcación de área de demolición	**Imagen 24:** Demarcación de área de demolición
	

- **Descapote:** La actividad de descapote de terreno se realiza mediante el uso de una retroexcavadora para la remoción de la capa superficial de pasto o material vegetal. Esta labor permite acondicionar el terreno para las actividades posteriores de relleno y compactación, garantizando condiciones seguras de trabajo y una base adecuada para el desarrollo de las actividades constructivas. **(ANEXO 13: Procedimiento)**

Imagen 25: Retiro de material vegetal	**Imagen 26:** Descapote de terreno
	

Imagen 27: Descapote de terreno	**Imagen 28:** Retiro de material vegetal
	

8. INSPECCIÓN PRE OPERACIONALES

Las inspecciones de seguridad son una herramienta fundamental para la identificación oportuna de condiciones y actos inseguros en los frentes de trabajo. Su realización periódica permite detectar riesgos antes de que se materialicen en incidentes o accidentes, contribuyendo a la protección de la integridad física de los trabajadores y al adecuado desarrollo de las actividades del proyecto.

Asimismo, las inspecciones de seguridad facilitan la verificación del cumplimiento de los procedimientos establecidos, el uso adecuado de los elementos de protección personal y la correcta señalización de las áreas de trabajo, fortaleciendo la cultura de prevención y el autocuidado.

Por lo anterior, la ejecución constante y documentada de las inspecciones de seguridad es clave para la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, la reducción de riesgos laborales y el cumplimiento de la normatividad vigente. **(ANEXO 03**: **Inspecciones de herramientas).**

Tabla 5: Inspección de herramientas

ITEM	NOMBRE	CANTIDAD
1	Pulidora	4
2	Taladro	3
3	Soldadura	1
4	Herramienta menos	2
5	Retroexcavadora	2

Fuente propia - Interventoría

9. PERMISOS DE TRABAJO

Los permisos de trabajo son un mecanismo esencial de control para la ejecución segura de actividades que implican riesgos críticos dentro del proyecto, tales como trabajos en alturas, trabajos en caliente, espacios confinados, excavaciones y actividades eléctricas, entre otros. Su correcta aplicación permite identificar peligros, evaluar riesgos y definir las medidas de control necesarias antes de iniciar cada labor.

La implementación de los permisos de trabajo garantiza que las actividades se realicen bajo condiciones seguras, con personal autorizado y capacitado, el uso adecuado de los elementos de protección personal y el cumplimiento de los procedimientos establecidos. Asimismo, facilita la coordinación entre las diferentes áreas involucradas y asegura la trazabilidad y el control de las actividades ejecutadas.

Por lo anterior, la correcta elaboración, autorización y cierre de los permisos de trabajo es fundamental para la prevención de incidentes y accidentes, el fortalecimiento de la cultura de seguridad y el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. **(ANEXO 04**: **Permisos de trabajo)**

Tabla 6: Permisos de trabajo

ITEM	NOMBRE	CANTIDAD
1	Equipo de soldadura.	1
2	Taladro	5
3	Pulidora	2

Fuente propia - Interventoría

10. CHARLAS DE SEGURIDAD

Las charlas de seguridad son una actividad fundamental dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, ya que permiten sensibilizar y reforzar en los trabajadores el conocimiento sobre los riesgos asociados a sus actividades, así como las medidas de prevención y control que deben aplicarse en el desarrollo de las labores.

La realización periódica de estas charlas contribuye al fortalecimiento de la cultura de autocuidado y prevención, mejora la comunicación en materia de seguridad y promueve el cumplimiento de los procedimientos establecidos, el uso adecuado de los elementos de protección personal y la adopción de comportamientos seguros en el entorno laboral.

Por lo anterior, las charlas de seguridad son una herramienta clave para la prevención de incidentes y accidentes de trabajo, el control de riesgos y el cumplimiento de la normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo. **(ANEXO 05: Charlas de seguridad)**

Tabla 7: Charlas de seguridad

CONSORCIO OBRAS CAOBOS MG		
ITEM	**NOMBRE**	**FECHA**
1.	Autocuidado	28/11/2025
2.	Politica de seguridad y salud en el trabajo	29/11/2025
3.	Política prevención consumo de alcohol, tabaquismo y sustancias psicoactivas	2/12/2025
4.	Que son los epp (usos, caraceristicas y beneficios)	3/12/2025
5.	Política de transparencia y derechos humanos	4/12/2025
6.	Política de elementos de proteccion personal	5/12/2025
7.	Peligros y riesgos	6/12/2025
8.	Incidentes y accidentes laborales	8/12/2025
9.	Política de convivencia laboral, violencia de género, sexual discriminación contra la mujer y comunidad lgbti	9/12/2025
10.	Manejo seguro de herramienta y equipo menor	10/12/2025
11.	Información general de la entidad	11/12/2025
12.	Manejo seguridad vial	12/12/2025
13.	La importancia del uso del protector solar	13/12/2025
14.	Política medio ambiental	15/12/2025
15.	Objetivos del sgsst	16/12/2025
16.	Organigrama	17/12/2025
17.	Hábitos de vida saludable	18/12/2025
18.	Roles y responsabilidades en SST	19/12/2025
19.	Representante del SG-SST	20/12/2025
20.	Plan de emergencias	22/12/2025
21.	Punto de encuentro	23/12/2025

Fuente propia - Interventoría

11. ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)

El Análisis de Trabajo Seguro (ATS) es una herramienta preventiva que permite identificar de manera sistemática los peligros asociados a cada actividad y definir las medidas de control necesarias para

reducir o eliminar los riesgos presentes en el entorno laboral. Este documento desglosa paso a paso la labor a realizar, analiza los riesgos potenciales y establece protocolos de seguridad que deben ser aplicados por todo el equipo involucrado.

Importancia:

El ATS es fundamental para garantizar la ejecución segura de las actividades, ya que promueve la planificación, la anticipación de riesgos y la toma de decisiones informada. Además, fortalece la cultura de seguridad, facilita la comunicación entre los miembros del equipo y asegura el cumplimiento de los lineamientos corporativos y de las normativas de Seguridad y Salud en el Trabajo. Contar con un ATS actualizado contribuye directamente a la prevención de incidentes y al desarrollo eficiente de las actividades del proyecto. **(ANEXO 06: Análisis de trabajo Seguro).**

Tabla 8: Análisis de trabajo Seguro

ITEM	EMPRESA	CANTIDAD
1	CONSTRUACABADOS SOLUCIONES SAS	5
2	MG CONSTRUCCIONES SAS	1
3	ENERGIZA	4

Fuente propia - Interventoría

12. INDUCCIONES Y RE INDUCCIÓN

Con el propósito de garantizar la adecuada integración del personal al proyecto y fortalecer la cultura organizacional de la empresa, se llevó a cabo el proceso de inducción dirigido a todos los trabajadores que ingresan por primera vez. Este proceso busca proporcionar la información esencial relacionada con sus funciones, responsabilidades y los riesgos inherentes a las actividades que desarrollarán.

La inducción y reinducción del personal son procesos esenciales para integrar a los trabajadores a la cultura organizacional y asegurar que reciban la información necesaria para desempeñar sus funciones de manera segura y eficiente. Estos procesos permiten que cada colaborador conozca sus responsabilidades, los riesgos asociados a sus labores y las medidas de control establecidas dentro del proyecto. Las reinducciones refuerzan y actualizan este conocimiento frente a cambios en procedimientos, normativas o condiciones de trabajo. En conjunto, garantizan el cumplimiento de los lineamientos institucionales y legales, fortalecen la cultura de seguridad y reducen la ocurrencia de incidentes por desconocimiento**. (ANEXO 07: Inducciones del personal).**

Para el periodo correspondiente al presente informe, se realizó inducción y notificación del riesgo al personal de ingreso al proyecto, abordando los siguientes temas:

- Presentación General.
- Reglamento interno y reglamento de higiene y seguridad industrial.
- Sistema de gestión integral.

- COPASST y CCL.
- Deberes y derechos del empleador y el trabajador.
- Políticas.
- Programas de gestión SST y Ambiente.
- Plan de emergencias.
- Riesgos y peligros.
- Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo.
- Funciones y responsabilidades.

Imagen 29: Inducción	**Imagen 30:** Descapote de terreno
	

Tabla 9: Personal de inducción

PERSONAL ADMINISTRATIVO - CONSORCIO OBRAS CAOBOS MG			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	HUGO ANDRES MORENO RODRIGUEZ	1015469972	INGENIERO RESIDENTE
2	ELIZABETH TORRES HERNANDEZ	1072747435	AY. Y MENSAJERIA
PERSONAL - CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	LUIS FERNEY BENITEZ BENITEZ	1007048800	AYUDANTE DE OBRA
2	EVER ANTONIO MENESES ESTRADA	8168961	AYUDANTE DE OBRA
3	DEIVER EDUARDO NIÑO ESPINEL	1000179036	AYUDANTE DE OBRA
4	LUIS EDUARDO NIÑO ALBINO	79945447	OFICIAL DE OBRA
5	SANTIAGO ALEXANDER RAMIREZ PINTO	1012327563	AYUDANTE DE OBRA
PERSONAL - CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	SALAZAR JOSE RAUL	79207815	AYUDANTE
2	MENDEZ ROJAS JUAN CARLOS	80145477	OFICIAL
PERSONAL - INFRAESTRUCTURA NACIONAL LTDA			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	DUVAN ELIAS MONTENEGRO CALDERON	79632567	RESIDENTE SST
2	JOSÉ WILLIAM GUARNIZO CAMPOS	93150661	BOAL
3	JHON MONTERO TORRES	1001284748	RESIDENTE TÉCNICO
4	SANTIAGO DELGADO CARDOZO	1007157324	OFICIAL-DEMOLICION

5	JAVIER RICARDO MONTENEGRO CORTES	1020811513	DIRECTOR TÉCNICO
6	JOSE ANDRES GONZALEZ RAMIREZ	1051287439	OFICIAL-DEMOLICION
7	CAMPO ELIAS PULGARIN GARZON	79761815	OPERARIO
PERSONAL - ENERGIZA			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	EDILBERTO TORRES RAMOS	1137220861	AYUDANTE ELECTRICO
2	HERMELINA ACOSTA PALENCIA	1052994257	TECNICA ELECTRICA
3	ANDRÉS MANUEL CERVANTES MORENO	1143242085	AYUDANTE ELECTRICO
4	HECTOR ARMANDO DIAZ RAMIREZ	1024484483	OFICIAL ELÉCTRICO
5	RAFAEL RONALDO RODRIGUEZ ESTRADA	1007183048	INGENIERO
PERSONAL - CARLOS FERNANDO MARIN SANTAMARIA-TOPOGRAFO			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	TULIO LEON GIRALDO GIRALDO	1024540040	TOPOGRAFO
2	JOHANA MILENA JAIMES MARIN	1013659041	TOPOGRAFIA
3	CARLOS MARIN SANTAMARIA	91301238	TOPOGRAFO
4	EDWIN CASCAVITA YARA	1003842617	TOPOGRAFIA
PERSONAL - DESCAPOTE-DANIEL			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	MANJUEL BALLESTEROS AREVALO	11349013	OPERARIO
2	LUIS YOVANY REYES LOZANO	79780768	AUXILIAR
CONTRATISTA: G2 - VIGILANCIA			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	LUIS ANTONIO MOLERO EPIEYU	1124074372	VIGILANCIA
2	RAFAEL HUMBNERTO QUIROZ	79603654	VIGILANCIA
3	URIEL PORTELA CAMACHO	93396038	VIGILANCIA
4	LUIS CARLOS OSORIO CARDONA	1032462279	VIGILANCIA

Fuente propia – Interventoría

13. EXÁMENES MÉDICOS

Los exámenes médicos ocupacionales son evaluaciones realizadas para identificar el estado de salud del trabajador y determinar su aptitud para desempeñar funciones específicas, especialmente aquellas que implican exposición a riesgos laborales. Estos exámenes pueden incluir valoraciones médicas de ingreso, periódicas y de retiro, dependiendo del ciclo laboral del trabajador.

Importancia:

Realizar exámenes médicos garantiza que el personal se encuentre en condiciones óptimas para ejecutar sus tareas, previniendo complicaciones de salud asociadas a las labores desempeñadas. Asimismo, permiten a la empresa cumplir con los requisitos legales en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, proteger al trabajador y asegurar que existan registros que evidencien la capacidad física y médica del colaborador para asumir sus responsabilidades. **(Ver ANEXO 8: Exámenes de ingreso)**

14. ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN

Los Elementos de Protección Personal (EPP) son equipos destinados a proteger al trabajador de los riesgos que no pueden eliminarse mediante controles operacionales, administrativos o de ingeniería. Entre ellos se incluyen casco, guantes, botas, gafas, arnés, protección auditiva, entre otros, según las necesidades del cargo y del entorno laboral.

La entrega adecuada de EPP garantiza que el personal cuente con las herramientas necesarias para prevenir accidentes, minimizar la exposición a riesgos y cumplir con los estándares de seguridad establecidos por la normatividad vigente y por la organización. Contar con estos elementos es fundamental para preservar la integridad física del trabajador y asegurar un desempeño seguro durante sus actividades en obra. **(ANEXO 09: Entrega de EPP)**

15. PAZ Y SALVO

Los paz y salvos son documentos fundamentales que permiten verificar el cumplimiento de las obligaciones administrativas, laborales y de Seguridad y Salud en el Trabajo por parte de contratistas y subcontratistas al cierre de actividades, contratos o frentes de trabajo. A través de estos se evidencia que no existen pendientes relacionados con pagos, entrega de documentos, afiliaciones, dotaciones, equipos o condiciones de seguridad.

La correcta gestión y entrega de los paz y salvos garantiza la trazabilidad y el control administrativo, previene contingencias legales y contractuales, y asegura que las actividades se hayan desarrollado conforme a los requisitos establecidos y la normatividad vigente.

Durante este periodo se reportan en total diecinueve (19) personas de retiro, para las cuales se validó que no se presentaran pendientes en materia documental, afiliaciones al Sistema de Seguridad Social, entrega de dotación y cumplimiento de los lineamientos de SST, garantizando un cierre adecuado y conforme a los requisitos establecidos. **Nota:** Teniendo en cuenta que 7 personas de la Empresa INFRAESTRUCTURA NACIONAL LTDA y 3 de la Empresa ENERGIZA SAS, fueron traslados hacia otros proyectos pertenecientes a las mismas empresas.
(ANEXO 12: Paz y salvos).

Tabla 10: Personal de retiro

PERSONAL - CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
1	DEIVER EDUARDO NIÑO ESPINEL	1000179036	AYUDANTE DE OBRA
2	LUIS EDUARDO NIÑO ALBINO	79945447	OFICIAL DE OBRA
3	SANTIAGO ALEXANDER RAMIREZ PINTO	1012327563	AYUDANTE DE OBRA
PERSONAL - CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
4	SALAZAR JOSE RAUL	79207815	AYUDANTE
5	MENDEZ ROJAS JUAN CARLOS	80145477	OFICIAL
PERSONAL - INFRAESTRUCTURA NACIONAL LTDA			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
6	DUVAN ELIAS MONTENEGRO CALDERON	79632567	RESIDENTE SST

7	JOSÉ WILLIAM GUARNIZO CAMPOS	93150661	BOAL
8	JHON MONTERO TORRES	1001284748	RESIDENTE TÉCNICO
9	SANTIAGO DELGADO CARDOZO	1007157324	OFICIAL-DEMOLICION
10	JAVIER RICARDO MONTENEGRO CORTES	1020811513	DIRECTOR TÉCNICO
11	JOSE ANDRES GONZALEZ RAMIREZ	1051287439	OFICIAL-DEMOLICION
12	CAMPO ELIAS PULGARIN GARZON	79761815	OPERARIO
PERSONAL - ENERGIZA			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
13	EDILBERTO TORRES RAMOS	1137220861	AYUDANTE ELECTRICO
14	HERMELINA ACOSTA PALENCIA	1052994257	TECNICA ELECTRICA
15	ANDRÉS MANUEL CERVANTES MORENO	1143242085	AYUDANTE ELECTRICO
16	HECTOR ARMANDO DIAZ RAMIREZ	1024484483	OFICIAL ELÉCTRICO
17	RAFAEL RONALDO RODRIGUEZ ESTRADA	1007183048	INGENIERO
PERSONAL - CARLOS FERNANDO MARIN SANTAMARIA-TOPOGRAFO			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
18	JOHANA MILENA JAIMES MARIN	1013659041	TOPOGRAFIA
CONTRATISTA: G2 - VIGILANCIA			
ITEM	**NOMBRE Y APELLIDOS**	**CEDULA**	**CARGO**
19	LUIS CARLOS OSORIO CARDONA	1032462279	VIGILANCIA

Fuente propia – Interventoría

16.PLAN DE EMERGENCIAS

El Plan de Emergencias es una herramienta fundamental para la prevención, preparación y respuesta ante situaciones que puedan poner en riesgo la vida, la salud de los trabajadores, la infraestructura y la continuidad del proyecto. Su correcta formulación y aplicación permiten actuar de manera organizada, oportuna y eficaz frente a eventos como incendios, sismos, emergencias médicas, accidentes de trabajo u otras situaciones de riesgo.

Contar con un Plan de Emergencias aterrizado a las condiciones reales del proyecto garantiza la identificación de amenazas específicas, la evaluación de riesgos, la definición de rutas de evacuación, puntos de encuentro, recursos disponibles y la asignación de roles y responsabilidades claras a las brigadas de emergencia y al personal en general.

Para el proyecto se cuenta con el plan de emergencia para la prevención y atención del personal, y así brindar las garantías en caso de cualquier emergencia, y la menor cantidad y severidad de daños tanto a las personas como a los bienes de la entidad. Se cuenta con un punto de encuentro, el cual está ubicado en área segura, fuera de las instalaciones de la oficina (bloques de apartamentos) de Consorcio Obras Caobos Mg, los cuales cuentan con: **(ANEXO 10: Inspecciones de emergencia)**.

Tabla 10: Inspección de emergencias

ITEM	TIPO DE INSPECCIÓN	CANTIDAD
1	Tabla rígida	1

2	Botiquín de primeros auxilios.	1
3	Extintor	1
4	Inspección locativa	1
5	Informe de hallazgos G2	1

Fuente propia – Interventoría

Imagen 31: Equipos de emergencias	**Imagen 32:** Camilla e extintor
	

16. ACTIVIDADES SST

Durante el mes de diciembre se desarrollaron actividades de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, orientadas a la prevención y control de los riesgos presentes en obra. Dentro de estas actividades se realizó la instalación de señalización preventiva y la adecuación del sendero peatonal, con el fin de garantizar el tránsito seguro del personal dentro de las áreas intervenidas y minimizar la exposición a condiciones inseguras.

Asimismo, se efectuó seguimiento a la correcta implementación de las medidas de seguridad establecidas, verificando su adecuado estado y ubicación. Las actividades ejecutadas se encuentran soportadas con el registro fotográfico anexo, el cual evidencia el cumplimiento de las acciones preventivas implementadas durante el periodo evaluado.

Imagen 33: Señalización de obra

















Imagen 34: Orden y aseo











Imagen 35: Sendero peatonal



Imagen 36: Equipo de emergencia

11 dic. 2025 7:58:15 a. m. 146-05 Carrera 14b Usaquén Bogotá INTERVENTORIA DAIMCO SAS BOMBEROS CAOBOS	11 dic. 2025 1:13:19 p. m. 14633 Carrera 14b Usaquén Bogotá INTERVENTORIA DAIMCO SAS BOMBEROS CAOBOS

17. CONCLUSIÓN

Durante el segundo informe mensual se dio cumplimiento a las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, ampliando el alcance y fortaleciendo el seguimiento a las acciones implementadas en obra. Lo anterior permitió identificar, controlar y mitigar los riesgos asociados a las actividades ejecutadas, contribuyendo a garantizar condiciones seguras para los trabajadores y el adecuado desarrollo de las labores, conforme a los lineamientos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Asimismo, se evidenció el compromiso del contratista en la implementación de las medidas preventivas y correctivas definidas, lo cual favorece la mejora continua del desempeño en SST y la prevención de incidentes y accidentes laborales.

18 RECOMENDACIONES

- Continuar con la ejecución y seguimiento de las actividades definidas en el SG-SST, asegurando su alineación con la programación del proyecto.
- Mantener el fortalecimiento de los controles operativos en campo, especialmente en actividades de mayor riesgo.
- Garantizar la correcta implementación y uso de los Elementos de Protección Personal (EPP) conforme a los riesgos identificados.
- Seguimiento de la socialización de los procedimientos de trabajo seguro y las medidas preventivas establecidas.
- Asegurar la actualización permanente de la documentación y registros del SG-SST, como soporte de las actividades ejecutadas.

Anexo 1 - Documentación de ingreso

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

DAIMCO
NIT: 900021482 - 1

20 AÑOS ANIVERSARIO

Documentación de ingreso:
Consorcio Obras CAOBOS MG

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.072.747.435



Apellidos
TORRES HERNANDEZ

Nombres
ELIZABETH

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
22 JUL 1990

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
GUADUAS (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
31 JUL 2008, GUADUAS



Firma
Elizabeth Torres H.

Fecha de expiración
29 DIC 2032

.CO

0113783334

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0113783348151115<<<<<<<<<<<
9007220F3212297COL10727474353<3
TORRES<HERNANDEZ<<ELIZABETH<<<

Bogotá DC. 1 de Diciembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 1/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1072747435
Nombres y Apellidos	ELIZABETH TORRES HERNANDEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901994058
Razón Social Empleador	CONSORCIO OBRAS CAOBOS MG
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	1/12/2025
Cargo	SERVICIOS GENERALES
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

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

XhA24THbS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.015.469.972**

MORENO RODRIGUEZ

APELLIDOS

HUGO ANDRES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUN-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-JUL-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00742088-M-1015469972-20150828 **00460**82970A 2 44346022

Scanned with CamScanner

Bogota 03.12.2025

Señores,

-

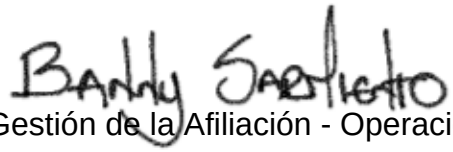
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2025-12-03 con numero de radicado 7467244 :

Cordialmente,



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 7467244

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Ciudad, Bogotá; 03 de diciembre de 2025

Señores

EPS Sanitas

Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como NIT – 901994058-1 , para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CEDULA	1015469972	HUGO ANDRES MORENO RODRIGUEZ	6000000	01/DIC/2025		TV 53D 129 78	BOGOTA	3232065693	Morenohugo167@outlook.com
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

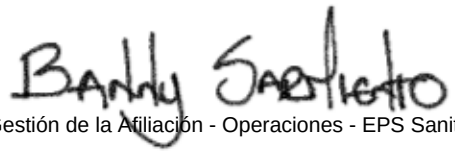
Cordialmente



_____

CLAUDIA TRUJILLO

COORDINADORA ADMINISTRAVA



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

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:

HUGO ANDRES MORENO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.015.469.972**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1015469972
Nombres y Apellidos	HUGO ANDRES MORENO RODRIGUEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901994058
Razón Social Empleador	CONSORCIO OBRAS CAOBOS MG
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	ING RESIDENTE
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 6000000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

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

WJmPPIjTS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

Documentación de ingreso: Construacabados y Soluciones SAS

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

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:

SANTIAGO ALEXANDER RAMIREZ PINTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.327.563**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 25 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1012327563	RAMIREZ PINTO SANTIAGO ALEXANDER	26/11/2025	26/11/2025	20123316	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/11/2025 20:55:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.166.150, 192.230.104.9, 172.16.42.57

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.012.327.563



Apellidos
RAMIREZ PINTO

Nombres
SANTIAGO ALEXANDER

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.66	M
Fecha de nacimiento	G.S.	
24 NOV 2004	O+	

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
06 DIC 2022, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
06 DIC 2032

Firma

.CO

009867835

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL009867835015001<<<<<<<<<<
0411240M3212068COL1012327563<5
RAMIREZ<PINTO<<SANTIAGO<ALEXAN

compensar | salud eps

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

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 28/11/2025

28 NOV 2025
Cód 655 Ludy Yaneth Isaiias M.
SUJETO A VERIFICACIÓN

Sello asesor

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Ramirez	Segundo Apellido: Pinto	Primer Nombre: Santiago	Segundo Nombre: Alexander

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1012327563	Femenino: Masculino: X	F: M: X T: NB: Otro: Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio		
COLOMBIANO	COLOMBIA	Bogota	Bogota		24/11/2004

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si: No: X	Si: No: X	Nivel: Grupo:		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
PORVENIR	1.423.500		Transversal 80H No 65F Sur

Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Departamento
NA	3244673330	santiagoalexander0303@gmail.com	Bogota

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

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino: Masculino:	F: M: T: NB: Otro: Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio	

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

35. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1	Pinto	Davila	Yesica	Nataly
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1	CC	1073675459	COLOMBIANA	X		X						COLOMBIA	SOHACHA	SOHACHA	18/01/1988
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

	51. Datos de residencia						Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural		
B1	Bogota	Bogota					3244673330	
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1	Transversal 80H No 65F Sur	Bosa	
B2			
B3			
B4			
B5			

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		1158
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: CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS

56. Tipo de documento de identificación: NIT

57. Número del documento de identificación: 901708477-8

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

59. Ubicación

Dirección: TV 80H N° 65 F 79

Teléfono fijo o Celular:

Teléfono: 3203034136

Correo electrónico: construacabadosysoluciones23@gmail.com

Departamento: Bogota

Municipio/Distrito: Bogota

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | 10. Número de documento de identidad | 62. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ] | 63. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): 26/11/2025

67. Motivo de traslado Cod.

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.
- [x] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [x] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [x] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

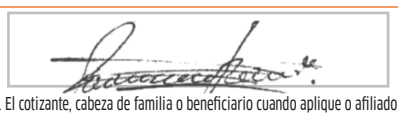
VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad

IX. FIRMAS



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



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

X. ANEXOS

- [ ] **82.** Anexo copia del documento de identidad — CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad de documentos de identidad 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 arcticulo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio | Código del departamento

93. Nombre de la Institución

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

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

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)

97. Fecha de validación (Día - Mes - Año): 28/11/2025

OBSERVACIONES:
APORTE 2025/12
CC 1012327563

DC EN SISTEMA



Sello asesor

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 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

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo 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 la 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 recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	✓	

SI: ☐ Correo electrónico: _____ NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: 1012327563

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

28 NOV 2025
Cód 655 Ludy Yaneth Isaiñas M.
SUJETO A VERIFICACIÓN

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si ☐ No ☐

Firma del afiliado: _____ **No. Identificación:** 1012327563

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.945.447
NIÑO ALBINO
APELLIDOS
LUIS EDUARDO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1976
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
15-ENE-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500113-45138533-M-0079945447-20070223 00286 07054N 02 203690664

Powered by CamScanner

Medellín, 27 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79945447	NINO ALBINO LUIS EDUARDO	27/11/2025	30/12/2025	238Zl451	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C801465612533144170

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/11/2025 12:16:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.166.150, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012480618
9012480618

No. de Radicación SAT: 29998806

Fecha de Radicación: D D 27 | M M 11 | A A 2025

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
NIÑO Primer Apellido	ALBINO Segundo Apellido	LUIS Primer Nombre	EDUARDO Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	79945447	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			D D 15 | M M 12 | A A 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A		$1.423.500	

26. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

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

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

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

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

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES	NT	901708477	

59. Ubicación				
TV 80 65F 79 Dirección	32125310 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL 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 [X]
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	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 27 D M 11 M A 2025 A	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que 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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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			
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:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: DEPENDIENTE SAT

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.

Vigilado Supersalud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

E[illegible] [illegible]r[illegible] **NIÑO ALBINO LUIS EDUARDO** d[illegible]d[illegible] [illegible] **CC** [illegible] r[illegible] **79.945.447** [illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]d[illegible] [illegible] [illegible]O[illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]RO[illegible]E[illegible] N[illegible]d[illegible] [illegible]d[illegible] 01 d[illegible] [illegible]d[illegible] 2006 [illegible] r[illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible] d[illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible] [illegible] [illegible]r d[illegible] [illegible]r[illegible] 2[illegible] d[illegible] 2010 [illegible]

1[illegible]E[illegible]0[illegible] [illegible]ONDO DE [illegible]EN[illegible]ONE[illegible] O[illegible]G[illegible]OR[illegible] [illegible]RO[illegible]E[illegible] N MODER[illegible]DO
2[illegible]E[illegible]60[illegible] [illegible]ONDO DE [illegible]EN[illegible]ONE[illegible] O[illegible]G[illegible]OR[illegible] [illegible]RO[illegible]E[illegible] N M[illegible]OR R[illegible]E[illegible]GO

E[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]d[illegible] [illegible] [illegible] d[illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible]d[illegible] 2[illegible] d[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible] d[illegible] 202[illegible]

[illegible]rd[illegible] [illegible]

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** E[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] r[illegible]r[illegible] [illegible] r[illegible]d[illegible] [illegible] [illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible]

[illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible]r [illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] d [illegible] [illegible] [illegible]r[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible]r [illegible]r[illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible] [illegible] [illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]
[illegible] **(601) 482 33 64** [illegible] M[illegible] **(604) 510 90 99** [illegible] [illegible] **(602) 386 00 80** [illegible]
[illegible]rr[illegible] **(605) 319 79 99** [illegible] [illegible]r[illegible] **(605) 642 49 99** [illegible] [illegible] **+57 310 220 5575**
[illegible] [illegible]d[illegible] [illegible] [illegible] [illegible]d[illegible]r d[illegible] [illegible] [illegible]r [illegible]r d[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible] **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR

RADICADO

Número de Trámite
2500685953

Fecha
27/11/2025 10:40:02

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
901708477

Dígito de Verificación *
8

Razón Social *
CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS

Sucursal

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
79945447

Primer Apellido *
NIA'O

Segundo Apellido
ALBINO

Primer Nombre *
LUIS

Segundo Nombre
EDUARDO

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Fecha Inicio de Contrato *
27/11/2025

Total Horas Mes *
220

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1423500

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *
1423500

Departamento Sede de Trabajo *
Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *
BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

SI NO

Trabaja en Otra Empresa *

SI NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

SI NO

PERSONA(S) A CARGO

Con el fin de proteger la información, ya no se muestra el grupo familiar en el formulario de reactivación. El proceso se ejecutará con el ***último grupo familiar registrado en nuestra base de datos****.*

Declaro que la información que he consignado en el presente formulario es veraz y autorizo a la Caja de Compensación Familiar CAFAM a realizar las verificaciones correspondientes en cualquier momento y a descontar de mi subsidio familiar en dinero, los valores que me hayan entregado sin cumplir con lo estipulado en la Ley 21 de 1.982 Arts., 18,20,22,23 y/o no haber reportado las novedades de conformidad con lo señalado en el Art 37 de la misma Ley.

En mi calidad de contacto administrativo, declaro bajo la gravedad de juramento que cuento con la autorización previa, expresa e informada de los trabajadores que represento para suministrar, actualizar, tratar y/o modificar la información personal requerida en los procesos relacionados con la Cajas de Compensación Familiar Cafam. Dicha autorización se encuentra documentada y conservada por la empresa para efectos de verificación.
Manifiesto que se me ha facultado expresamente para realizar estas gestiones en nombre del trabajador y que la información proporcionada es veraz, completa y actualizada, cumpliendo lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 21 de 1982, que establece la obligación de los trabajadores beneficiarios de informar directamente o por conducto del empleador sobre los nacimientos, fallecimientos, término de convivencia u otras novedades que afecten la cuantía del subsidio.
Recordando que la omisión o falsedad en el reporte de esta información puede generar consecuencias legales en los términos del artículo 403A del Código Penal, que sanciona el acceso indebido a subsidios o ayudas estatales mediante engaño o información falsa.
Igualmente, declaro que el tratamiento de los datos personales de los trabajadores se realiza conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, garantizando:
• La confidencialidad y seguridad de la información.
• Que los datos serán utilizados exclusivamente para los fines propios de la gestión de afiliaciones, actualizaciones y trámites del Subsidio Familiar.
• Que los titulares conocen sus derechos de acceso, actualización, rectificación y supresión de la información.

Confirmo cuento con la autorización para gestionar las novedades de los trabajadores *

SI

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.179.036**

NIÑO ESPINEL
APELLIDOS

DEIVER EDUARDO
NOMBRES

Deiver Niño
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

13-DIC-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01278443-M-1000179036-20220201 0078009420A 1 9918406074

Powered by CamScanner

Medellín, 27 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1000179036	NIÑO ESPINEL DEIVER EDUARDO	27/11/2025	30/12/2025	16514512	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C801465612533144186

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/11/2025 12:16:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.166.150, 192.230.104.9, 172.16.42.57

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

200731568

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Niño	Segundo Apellido: Espinel	Primer Nombre: Deiver	Segundo Nombre: Eduardo

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	1000179036	Femenino Masculino ✓	F M T NB Otro		

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura		1423500	

26. Residencia Dirección		Teléfono Fijo
Cll 181 d 55-05		
Teléfono Celular: 3203626698	Correo Electrónico	

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Bta	Bta		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	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	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	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	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	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

DEV

200731568

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Construacabados y Soluciones	NIT	901.708.477	

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

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 / Cual)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	27-11-2025		

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 acrediten la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no interdicción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

OBSERVACIONES:

Rodrigo Vicentes
C.C. 80.168.628

27 NOV 2025

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

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

A. REPORTE DE NOVEDADES

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

E[illegible] [illegible]r[illegible]**NIÑO ESPINEL DEIVER EDUARDO** d[illegible]d[illegible] **CC** [illegible]r [illegible] **1.000.179.036** [illegible] [illegible]r [illegible]d[illegible] [illegible]O[illegible]r[illegible] [illegible]RO[illegible]N[illegible]d[illegible] [illegible]d[illegible] 22 d[illegible]r[illegible] d[illegible] 201[illegible] [illegible]r[illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]D[illegible]r[illegible] 2[illegible] d[illegible] 2010 [illegible]

1[illegible]E[illegible]100[illegible] [illegible]ONDO DE [illegible]EN[illegible]ONE[illegible] O[illegible]G[illegible]OR[illegible] [illegible]RO[illegible]E[illegible] [illegible]N M[illegible]OR R[illegible]E[illegible]GO

E[illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible] [illegible]d[illegible] [illegible] [illegible]d[illegible]r[illegible]d[illegible]r[illegible]d[illegible] 2[illegible] d[illegible] [illegible]r[illegible] d[illegible] 202[illegible]

[illegible]rd[illegible]

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** E[illegible] [illegible]r[illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]d[illegible] [illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible]d[illegible]r[illegible]

[illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible]r [illegible]r[illegible]d[illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible]
[illegible]r [illegible]r[illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible]
[illegible] **(601) 482 33 64** [illegible] **(604) 510 90 99** [illegible] **(602) 386 00 80** [illegible]
[illegible]rr[illegible] **(605) 319 79 99** [illegible] **(605) 642 49 99** [illegible] **+57 310 220 5575**
[illegible] [illegible]d[illegible] [illegible] [illegible]d[illegible]r d[illegible] [illegible]r [illegible]d[illegible] [illegible]d[illegible] **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR

RADICADO

Número de Trámite
2500685953

Fecha
27/11/2025 10:40:02

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
901708477

Dígito de Verificación *
8

Razón Social *
CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS

Sucursal

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
79945447

Primer Apellido *
NIA'O

Segundo Apellido
ALBINO

Primer Nombre *
LUIS

Segundo Nombre
EDUARDO

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Fecha Inicio de Contrato *
27/11/2025

Total Horas Mes *
220

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1423500

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *
1423500

Departamento Sede de Trabajo *
Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *
BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

SI NO

Trabaja en Otra Empresa *

SI NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

SI NO

PERSONA(S) A CARGO

Con el fin de proteger la información, ya no se muestra el grupo familiar en el formulario de reactivación. El proceso se ejecutará con el ***último grupo familiar registrado en nuestra base de datos****.*

Declaro que la información que he consignado en el presente formulario es veraz y autorizo a la Caja de Compensación Familiar CAFAM a realizar las verificaciones correspondientes en cualquier momento y a descontar de mi subsidio familiar en dinero, los valores que me hayan entregado sin cumplir con lo estipulado en la Ley 21 de 1.982 Arts., 18,20,22,23 y/o no haber reportado las novedades de conformidad con lo señalado en el Art 37 de la misma Ley.

En mi calidad de contacto administrativo, declaro bajo la gravedad de juramento que cuento con la autorización previa, expresa e informada de los trabajadores que represento para suministrar, actualizar, tratar y/o modificar la información personal requerida en los procesos relacionados con la Cajas de Compensación Familiar Cafam. Dicha autorización se encuentra documentada y conservada por la empresa para efectos de verificación.
Manifiesto que se me ha facultado expresamente para realizar estas gestiones en nombre del trabajador y que la información proporcionada es veraz, completa y actualizada, cumpliendo lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 21 de 1982, que establece la obligación de los trabajadores beneficiarios de informar directamente o por conducto del empleador sobre los nacimientos, fallecimientos, término de convivencia u otras novedades que afecten la cuantía del subsidio.
Recordando que la omisión o falsedad en el reporte de esta información puede generar consecuencias legales en los términos del artículo 403A del Código Penal, que sanciona el acceso indebido a subsidios o ayudas estatales mediante engaño o información falsa.
Igualmente, declaro que el tratamiento de los datos personales de los trabajadores se realiza conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, garantizando:
• La confidencialidad y seguridad de la información.
• Que los datos serán utilizados exclusivamente para los fines propios de la gestión de afiliaciones, actualizaciones y trámites del Subsidio Familiar.
• Que los titulares conocen sus derechos de acceso, actualización, rectificación y supresión de la información.

Confirmo cuento con la autorización para gestionar las novedades de los trabajadores *

SI

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.048.800

BENITEZ BENITEZ
APELLIDOS

LUIS FERNEY
NOMBRES

Luis Ferney
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1985
RIO IRO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-DIC-2005 CARTAGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

Powered by CamScanner

Medellín, 06 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1007048800	BENITEZ BENITEZ LUIS FERNEY	09/12/2025		m211e143	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/12/2025 21:42:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.166.150, 192.230.104.9, 172.16.42.57

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 280235 04/16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		DÍA MES AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: BENITEZ	SEGUNDO APELLIDO: BENITEZ	PRIMER NOMBRE: LUIS	SEGUNDO NOMBRE: FERNEY

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]	1007048800	F [ ] M [X]	DÍA 28 MES 12 AÑO 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F N M Condición T P			SURA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
COLPENSIONES	1.423.500	CR 10 no 45 SorB3	U. [X] R. [ ]	SAN CRISTOBAL	LA GLORIA

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
BOGOTA	BOGOTA		3224837014		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		F M	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I. II.	
2			R. U.					I. II.	
3			R. U.					I. II.	
4			R. U.					I. II.	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS	C.C. C.E. P.A. C.D. N [X]	901708477	8	

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
TV 80H N° 65 F 79	BOGOTA	BOGOTA		3203034136	construacabadosysoluciones23@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 9 MES 12 AÑO 2025	OFICIAL DE OBRA	1.423.500

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD			
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]	8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]	13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]	9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]	14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]	15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]	11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]	16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]	12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]	17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]		

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. MOTIVO DE TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a)_____ Identificado(a) con _____ No. _____ [ ]

desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. 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 mi. [ ]

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]

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

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

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

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

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Luis Fe + Le	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]

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

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

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]

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

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación		
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CAYMAR EDICIONES FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 432 2110

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

O.P. 280235 04/18

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

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

Yo, LUIS FERNEY BENITEZ BENITEZ identificado (a) con R.C. T.I. X C.E. Otro: _____

número 1007048800 de CARTAGO, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ ☑ No ☐
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ ☑ No ☐
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ ☑ No ☐
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ ☑ No ☐
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ ☑ No ☐
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ ☑ No ☐
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ ☑ No ☐

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

y/o correo electrónico: _____

SÍ ☑ No ☐

Cordialmente,

Firma: Luis Ferney Ben

Tipo ID: CC No. ID: 1007048800

Fecha (dd/mm/aaaa): 09/12/2025

Dirección: CR 10 no 45 SorB3

Tel: 3224837014 Municipio BOGOTA

Departamento: BOGOTA

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. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS

Asesor: _____

Código _____ Oficina _____

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.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
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 / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ / 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 básica) ☐	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 GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

Powered by CamScanner

INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR

RADICADO

Número de Trámite
2500701892

Fecha
06/12/2025 21:55:33

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
901708477

Dígito de Verificación *
8

Razón Social *
CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS

Sucursal

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1007048800

Primer Apellido *
BENITEZ

Segundo Apellido
BENITEZ

Primer Nombre *
LUIS

Segundo Nombre
FERNEY

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Fecha Inicio de Contrato *
09/12/2025

Total Horas Mes *
220

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1423500

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *
1423500

Departamento Sede de Trabajo *
Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *
BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

○ SI ◉ NO

Trabaja en Otra Empresa *

○ SI ◉ NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

○ SI ◉ NO

PERSONA(S) A CARGO

Con el fin de proteger la información, ya no se muestra el grupo familiar en el formulario de reactivación. El proceso se ejecutará con el ***último grupo familiar registrado en nuestra base de datos****.*

Declaro que la información que he consignado en el presente formulario es veraz y autorizo a la Caja de Compensación Familiar CAFAM a realizar las verificaciones correspondientes en cualquier momento y a descontar de mi subsidio familiar en dinero, los valores que me hayan entregado sin cumplir con lo estipulado en la Ley 21 de 1.982 Arts., 18,20,22,23 y/o no haber reportado las novedades de conformidad con lo señalado en el Art 37 de la misma Ley.

En mi calidad de contacto administrativo, declaro bajo la gravedad de juramento que cuento con la autorización previa, expresa e informada de los trabajadores que represento para suministrar, actualizar, tratar y/o modificar la información personal requerida en los procesos relacionados con la Cajas de Compensación Familiar Cafam. Dicha autorización se encuentra documentada y conservada por la empresa para efectos de verificación.
Manifiesto que se me ha facultado expresamente para realizar estas gestiones en nombre del trabajador y que la información proporcionada es veraz, completa y actualizada, cumpliendo lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 21 de 1982, que establece la obligación de los trabajadores beneficiarios de informar directamente o por conducto del empleador sobre los nacimientos, fallecimientos, término de convivencia u otras novedades que afecten la cuantía del subsidio.
Recordando que la omisión o falsedad en el reporte de esta información puede generar consecuencias legales en los términos del artículo 403A del Código Penal, que sanciona el acceso indebido a subsidios o ayudas estatales mediante engaño o información falsa.
Igualmente, declaro que el tratamiento de los datos personales de los trabajadores se realiza conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, garantizando:
• La confidencialidad y seguridad de la información.
• Que los datos serán utilizados exclusivamente para los fines propios de la gestión de afiliaciones, actualizaciones y trámites del Subsidio Familiar.
• Que los titulares conocen sus derechos de acceso, actualización, rectificación y supresión de la información.

Confirmo cuento con la autorización para gestionar las novedades de los trabajadores *

SI

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 8.168.961
MENESES ESTRADA
APELLIDOS
EVER ANTONIO
NOMBRES
Ever meneses
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1985
NECOCLI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
25-JUL-2003 NECOCLI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
A-0123100-01300576-M-0008168961-20220603 0079587386G 1 54836899

Medellín, 06 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C8168961	MENESES ESTRADA EVER ANTONIO	09/12/2025		6Q124138	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/12/2025 21:13:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.166.150, 192.230.104.9, 172.16.42.57

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 280235 04/16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		DÍA 9 MES 12 2025

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: MENESES	SEGUNDO APELLIDO: ESTRADA	PRIMER NOMBRE: EVER	SEGUNDO NOMBRE: ANTONIO

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. X C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.	8.168.961	F X	DÍA 21 MES 03 AÑO 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F N M Condición T P			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PROTECCION	1.423.500	d 503n # 66-20 esy	U. X R.	BOGOTA	

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
BOGOTA	BOGOTA		3204950455		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		F M	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I. II.	
2			R. U.					I. II.	
3			R. U.					I. II.	
4			R. U.					I. II.	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS	C.C. C.E. P.A. C.D. X	901708477	8	

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
TV 80H N° 65 F 79	BOGOTA	BOGOTA		3203034136	construacabadosysoluciones23@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 9 MES 12 2025	AYUDANTE	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. MOTIVO DE TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a)_____ Identificado(a) con _____ No. _____ [ ]

desde el día _____ del mes _____ del año _____

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

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Ever Meneses	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación		
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CAYMAR EDICIONES E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 492 2110

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

O.P. 280235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

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

Yo, EVER ANTONIO MENESES ESTRADA identificado (a) con R.C. T.I. X C.E Otro: _____

número 8168961 de NECOLI, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ☑ No☐
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ☑ No☐
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ☑ No☐
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ☑ No☐
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ☑ No☐
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ☑ No☐
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ☑ No☐

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

y/o correo electrónico: _____

SÍ☑ No☐

Cordialmente,

Firma: EVER MENESES

Tipo ID: CC No. ID: [illegible]

Fecha (dd/mm/aaaa): 09/12/2025

Dirección: d 503n 66 - 20 esy

Tel: 3204950455 Municipio BOGOTA

Departamento: BOGOTA

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. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS

Asesor: _____

Código _____ Oficina _____

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.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
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 / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ / 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 GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

E[illegible] [illegible]r[illegible]**MENESES ESTRADA EVER ANTONIO** [illegible]d[illegible]d[illegible] [illegible] **CC** [illegible] [illegible]r [illegible] **8.168.961** [illegible] [illegible] [illegible]r [illegible]d[illegible] [illegible] [illegible] O[illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]RO[illegible]E[illegible] [illegible]N[illegible]d[illegible]d[illegible] [illegible]d[illegible] 2[illegible] d[illegible] [illegible]d[illegible] 2012 [illegible] [illegible]r[illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible] d[illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]d[illegible]r [illegible]d[illegible] [illegible] [illegible]D[illegible]r[illegible] 2[illegible] d[illegible] 2010 [illegible]

1[illegible]E[illegible]100[illegible] [illegible]ONDO DE [illegible]EN[illegible]ONE[illegible] O[illegible]G[illegible]OR[illegible] [illegible]RO[illegible]E[illegible] [illegible]N M[illegible]OR R[illegible]E[illegible]GO

E[illegible] [illegible]d[illegible] [illegible] [illegible]d[illegible] [illegible] d[illegible]r[illegible]d[illegible] 06 d[illegible] d[illegible] [illegible]r[illegible] d[illegible] 202[illegible]

[illegible]rd[illegible]

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** E[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible]

[illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible]
[illegible]r [illegible]r[illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible]
[illegible] **(601) 482 33 64** [illegible] **(604) 510 90 99** [illegible] **(602) 386 00 80** [illegible]
[illegible]rr[illegible] **(605) 319 79 99** [illegible] **(605) 642 49 99** [illegible] **+57 310 220 5575**
[illegible] **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR

RADICADO

Número de Trámite
2500701890

Fecha
06/12/2025 21:53:33

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
901708477

Dígito de Verificación *
8

Razón Social *
CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS

Sucursal

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
8168961

Primer Apellido *
MENESES

Segundo Apellido
ESTRADA

Primer Nombre *
EVER

Segundo Nombre
ANTONIO

Fecha de Nacimiento *
21/03/1985

Fecha de Expedición *
25/07/2003

Lugar de Expedición
NECOCLÍ

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Correo Electrónico *
EVER23@GMAIL.COM

Departamento *
Bogotá D.C.

Ciudad *
BOGOTA

Dirección de Correspondencia *
DG 56 SUR 6 ESTE 20

Seleccionar Direccion

Teléfono
7458795

Celular
3204950455

Fecha Inicio de Contrato *
09/12/2025

Total Horas Mes *
220

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1423500

Comisiones

0

Total Sueldo Mes *

1423500

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

SI NO

Trabaja en Otra Empresa *

SI NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

SI NO

PERSONA(S) A CARGO

+ Agregar Persona a Cargo

Declaro que la información que he consignado en el presente formulario es veraz y autorizo a la Caja de Compensación Familiar CAFAM a realizar las verificaciones correspondientes en cualquier momento y a descontar de mi subsidio familiar en dinero, los valores que me hayan entregado sin cumplir con lo estipulado en la Ley 21 de 1.982 Arts., 18,20,22,23 y/o no haber reportado las novedades de conformidad con lo señalado en el Art 37 de la misma Ley.

En mi calidad de contacto administrativo, declaro bajo la gravedad de juramento que cuento con la autorización previa, expresa e informada de los trabajadores que represento para suministrar, actualizar, tratar y/o modificar la información personal requerida en los procesos relacionados con la Cajas de Compensación Familiar Cafam. Dicha autorización se encuentra documentada y conservada por la empresa para efectos de verificación.

Manifiesto que se me ha facultado expresamente para realizar estas gestiones en nombre del trabajador y que la información proporcionada es veraz, completa y actualizada, cumpliendo lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 21 de 1982, que establece la obligación de los trabajadores beneficiarios de informar directamente o por conducto del empleador sobre los nacimientos, fallecimientos, término de convivencia u otras novedades que afecten la cuantía del subsidio.

Recordando que la omisión o falsedad en el reporte de esta información puede generar consecuencias legales en los términos del artículo 403A del Código Penal, que sanciona el acceso indebido a subsidios o ayudas estatales mediante engaño o información falsa.

Igualmente, declaro que el tratamiento de los datos personales de los trabajadores se realiza conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, garantizando:

• La confidencialidad y seguridad de la información.

• Que los datos serán utilizados exclusivamente para los fines propios de la gestión de afiliaciones, actualizaciones y trámites del Subsidio Familiar.

• Que los titulares conocen sus derechos de acceso, actualización, rectificación y supresión de la información.

Confirmo cuento con la autorización para gestionar las novedades de los trabajadores *

SI

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Documentación de ingreso:
MG Construcciones SAS

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.145.477**

MENDEZ ROJAS

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-NOV-2002 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00285347-M-0080145477-20110325 **00262**42693A 1 1341204964

Medellín, 10 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 CONSTRUCCION		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80145477	MENDEZ ROJAS JUAN CARLOS	11/11/2025		3249AA22	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/11/2025 10:14:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.3.255, 192.230.104.12, 172.16.42.57

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JUAN CARLOS MENDEZ ROJAS identificado(a) con CC No. 80145477, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de MGC CONSTRUCCIONES S.A.S. con NIT 9002382390:

- Fecha de afiliación a la Caja: 10/11/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 10/11/2025.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 10/11/2025

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_6699771

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 900238239 MGC CONTRUCCIONES LTDA
Afiliado	CC 80145477 JUAN CARLOS MENDEZ ROJAS
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CR 52 # 168 29
Fecha de ingreso	10/11/2025
Fecha de radicación	10/11/2025 10:26:06 a.m.
Código de Transacción	206407886
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 12/2025

Fecha de generación 10/11/2025

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS MENDEZ ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.145.477**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 10 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.207.815
SALAZAR

APELLIDOS
JOSE RAUL

NOMBRES

JOSE RAUL SALAZAR.

FIRMA


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1971
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

28-ABR-1989 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1524700-00086283-M-0079207815-20081001 0003971184A 1 1700003497

Medellín, 06 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 CONSTRUCCION			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C79207815	SALAZAR JOSE RAUL	07/10/2025		21172052	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/10/2025 12:36:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.183.190, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOSE RAUL SALAZAR identificado(a) con CC No. 79207815, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de MGC CONSTRUCCIONES S.A.S. con NIT 9002382390:

- Fecha de afiliación a la Caja: 06/10/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 06/10/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 06/10/2025

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_6511395

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 900238239 MGC CONTRUCCIONES LTDA
Afiliado	CC 79207815 JOSE RAUL SALAZAR
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CR 52 # 168 29
Fecha de ingreso	06/10/2025
Fecha de radicación	06/10/2025 12:42:48 p.m.
Código de Transacción	204893851
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 11/2025

Fecha de generación 06/10/2025

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:

JOSE RAUL SALAZAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.207.815**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Octubre 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.

Documentación de ingreso:
Energiza SAS

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.137.220.861



Apellidos
TORRES RAMOS

Nombres
EDILBERTO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.76	M

Fecha de nacimiento	G.S.
08 JUL 2004	B+

Lugar de nacimiento
CARTAGENA (BOLIVAR)

Fecha y lugar de expedición
08 FEB 2023, MARIA LA BAJA

Fecha de expiración
10 FEB 2033

Firma
Edilberto Torres Ramos

.CO

015162270

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL015162270005040<<<<<<<<<<
0407089M3302107COL1137220861<2
TORRES<RAMOS<<EDILBERTO<<<<<<<

Scanned with ACE Scanner

Medellín, 20 de June de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL RISARALDA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1137220861	TORRES RAMOS EDILBERTO	21/06/2024		U5h23023	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/06/2024 14:42:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.25.160, 198.143.41.34, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 26 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000009 - PROYECTO CARTAGENA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1137220861	TORRES RAMOS EDILBERTO	24/06/2024		362234Z2	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10882658132533062762

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/11/2025 17:26:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.112.89, 192.230.104.1, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4012637983	2|1|0|6|2|0|2|4

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
TORRES Primer apellido	RAMOS Segundo apellido	EDILBERTO Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1137220861	Femenino ☐ Masculino ☒	0|8|0|7|2|0|0|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA	PROTECCION	1300000

18.Residencia

MZ 76 B T 12 AP 404 **Dirección**	**Telefono fijo**	3216579181 **Telefono celular**	TEDILBERTO742@GMAIL.COM **Correo electronico**
CARTAGENA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	MAYRA BAJA **Localidad / comuna**	BOLIVAR **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CARTAGENA DE INDIAS CRA 71 - VS UOD CARTAGENA DE INDIAS CRA 71	VSCARINDIA - VSUODINDIA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS	NIT	901495759	01

39.Ubicación

CL 45 K 38 K 5 Dirección	3443737 Teleéfono	ENER1@GMAIL.COM Correo electrónico	PEREIRA Municipio/distrito	RISARALDA Departamento

No de Radicacion
4012637983

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|1|0|6|2|0|2|4

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: | | | | 1 | | | | | | | Total: 1

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

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

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
TORRES	**RAMOS**	**EDILBERTO**	

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1137220861	RC TI **X** CE PA	**2004 07 08**	**X** F	**2024 21 06**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

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? **X** 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? **X** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: EDILBERTO TORRES RAMOS identificado con el documento de identidad: C No. 1137220861, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico tedilberto742@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: EDILBERTO TORRES RAMOS
Número de identificación: 1137220861

Fecha de diligenciamiento
2024 21 06

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____1137220861_____

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





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:

EDILBERTO TORRES RAMOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.137.220.861**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá DC. 21 de Junio de 2.024

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 21/6/2024, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1137220861
Nombres y Apellidos	EDILBERTO TORRES RAMOS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901495759
Razón Social Empleador	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	21/6/2024
Fecha de Ingreso a Compensar	21/6/2024
Cargo	ayudante electrico
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1300000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA

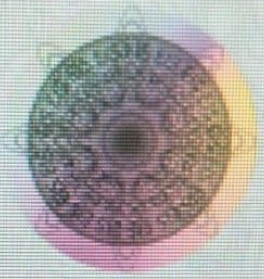
Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
1.143.242.085



APELLIDOS / NOMBRES
CERVANTES MORENO
ANDRES MANUEL

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
12-JUN-2003
BARRANQUILLA - ATLANTICO

FECHA DE EXPEDICIÓN
17-AGO-2021

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - SANTA FE BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - TUNJUELITO BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 30-ABR-2026

8517069159
31-OCT-2025

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015746461	0|5|1|1|2|0|2|5

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

CERVANTES Primer apellido	MORENO Segundo apellido	ANDRES Primer nombre	MANUEL Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1143242085	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		1|2|0|6|2|0|0|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26.Residencia

CA 10 MZ 10 Dirección	Telefono fijo	3044831849 Telefono celular	ANDRES.CERVANTES20@GMAIL.COM Correo electronico

RISARALDA Departamento	DOS QUEBRADAS Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

35. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS DOSQUEBRADAS - VS DOSQUEBRADAS		VSDOSQUEBR - VSDOSQUEBR
B	-		-
B	-		-
B	-		-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS	NIT	901495759	01

59.Ubicación

CR 12 B 35 49 Dirección	3443737 Teléfono fijo o celular	ENERGIZAINGENIERIASAS@GMAIL.COM Correo electrónico	RISARALDA Departamento	PEREIRA Municipio/distrito

No de Radicacion
4015746461

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS048	0|4|1|1|2|0|2|5	1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad:										Total:
			1							1

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
CERVANTES	**MORENO**	**ANDRES**	**MANUEL**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1143242085	RC TI **X** CE PA	**2003 06 12**	**X** F	**2025 05 11**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

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? **X** 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? **X** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: ANDRES MANUEL CERVANTES MORENO identificado con el documento de identidad: C No. 1143242085, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico Andres.cervantes20@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

_____

Nombres y Apellidos: ANDRES MANUEL CERVANTES MORENO
Número de identificación: 1143242085

Fecha de diligenciamiento
2025 05 11

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____1143242085_____

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





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:

ANDRES MANUEL CERVANTES MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.143.242.085**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Octubre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 2 de Diciembre de 2025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1143242085
Nombre	: ANDRES MANUEL CERVANTES MORENO
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/10/31
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/11/04
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a 1143242085 y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 7KzIRYcHH

Vigilado Supersubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.183.048

RODRIGUEZ ESTRADA

APELLIDOS

RAFAEL RONALDO

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **16-JUL-2003**

COROZAL
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.83 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

23-JUL-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01253038-M-1007183048-20210831 **0075**68899A 1 8502478773

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) RAFAEL RONALDO RODRIGUEZ ESTRADA identificado(a) con CC 1007183048 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	**01/06/2025**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 27 días del mes noviembre del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

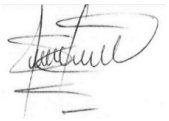
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RAFAEL RONALDO RODRIGUEZ ESTRADA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007183048,** se encuentra afiliado/a desde **26/11/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de noviembre 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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 27 de Noviembre de 2025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1007183048
Nombre	: RAFAEL RONALDO RODRIGUEZ ESTRADA
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/11/27
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/12/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a 1007183048 y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

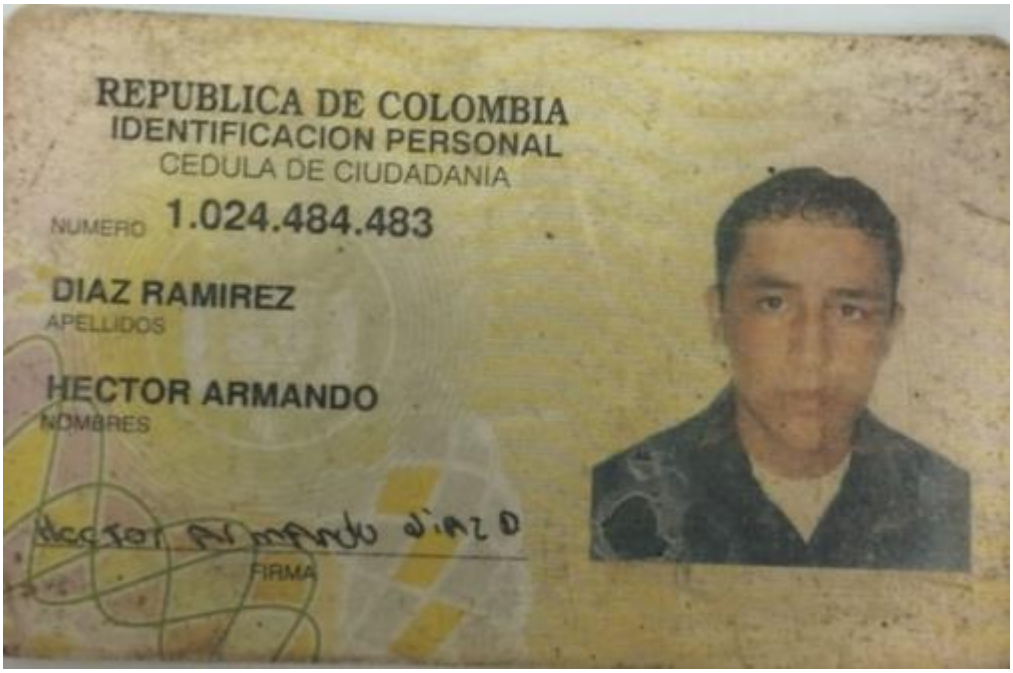
Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código Kmo5iI7kH

Vigilado Supersubsidio


FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
09-OCT-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500119-43155547-M-1024484483-20070112
05068 07011A 02 226715705


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.024.484.483
DIAZ RAMIREZ
APELLIDOS
HECTOR ARMANDO
NOMBRES
FIRMA

Medellín, 06 de marzo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL RISARALDA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1024484483	DIAZ RAMIREZ HECTOR ARMANDO	07/03/2023		o1652491	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/03/2023 12:37:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.83.184.39, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009909109	0|6|0|3|2|0|2|3

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

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

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐

A. Individual:
B. Institucional ☐

-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
DIAZ Primer apellido	RAMIREZ Segundo apellido	HECTOR Primer nombre	ARMANDO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1024484483	Femenino ☐ Masculino ☒	0|9|0|6|1|9|8|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CR 79 G 11 36 **Dirección**	**Telefono fijo**	3144863718 **Telefono celular**	HECTOR856RAMIREZ@HOTMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS	NIT	901495759	01

39.Ubicación

CL JARDIN MZ 39 CS 4 Dirección	3443737 Teleéfono	ALIANZAASESORIASPEREIRA@GMAIL.COM Correo electrónico	PEREIRA Municipio/distrito	RISARALDA Departamento

No de Radicacion
4009909109

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|7|0|3|2|0|2|3

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DIAZ RAMIREZ HECTOR ARMANDO** identificado(a) con **CC** número **1.024.484.483** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de febrero de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de enero de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023011917433

Documentación de ingreso: Infraestructura Nacional LTDA

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

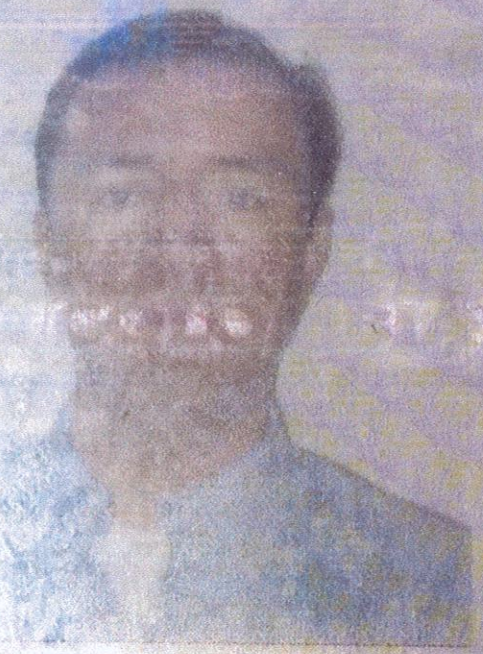
NUMERO **79.632.567**

MONTENEGRO CALDERON

APELLIDOS

DUVAN ELIAS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-OCT-1971**

GACHALA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-DIC-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez T.

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00569196-M-0079632567-20140506 **0038**318254A 1 1142868236

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DUVAN ELIAS MONTENEGRO CALDERON identificado(a) con cedula ciudadania 79632567, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'INFRAESTRUCTURA NACIONAL LTDA' NIT 900055521, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230427	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Noviembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 30658097

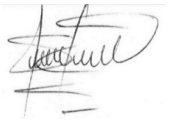
Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DUVAN ELIAS MONTENEGRO CALDERON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79632567,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2023** 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 25 de noviembre 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

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MONTENEGRO CALDERON DUVAN ELIAS, CC - 79632567**, está afiliado(a) desde **02/05/2023**, como trabajador(a) de **INFRAESTRUCTURA NACIONAL LTDA.**, con NIT: **9000555217**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **C**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2023-04-27**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
SARA VALENTINA MONTENEGRO MARTINEZ	**1016949778**	**Hijo**
ANDRES FELIPE MONTENEGRO MARTINEZ	**1016955016**	**Hijo**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **25 de noviembre de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.001.284.748
MONTERO TORRES
APELLIDOS
JHON
NOMBRES
Jhon Montero
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
05-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JHON MONTERO TORRES identificado(a) con cedula ciudadania 1001284748, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'INFRAESTRUCTURA INTEGRAL SAS' NIT 900579723, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230427	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Noviembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 30657730

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

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:

JHON MONTERO TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.284.748**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MONTERO TORRES JHON, CC - 1001284748**, está afiliado(a) desde **03/05/2023**, como trabajador(a) de **INFRAESTRUCTURA INTEGRAL S A S**, con NIT: **9005797237**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2023-04-27**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **25 de noviembre de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.157.324**

DELGADO CARDOZO

APELLIDOS

SANTIAGO

NOMBRES

Santiago Delgado C

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-2002**

SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

29-AGO-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01155541-M-1007157324-20200901 **0071**613191A 1 8500576958

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:

SANTIAGO DELGADO CARDOZO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.157.324**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **DELGADO CARDOZO SANTIAGO, CC - 1007157324**, está afiliado(a) desde **25/11/2025**, como trabajador(a) de **INFRAESTRUCTURA INTEGRAL S A S**, con NIT: **9005797237**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **25/11/2025**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
LIHAM SANTIAGO DELGADO SOSA	**1033835320**	**Hijo**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **25 de noviembre de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.020.811.513**

MONTENEGRO CORTES

APELLIDOS

JAVIER RICARDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ENE-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-ENE-2014 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00540086-M-1020811513-20140125 0036824345A 1 40683288

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MONTENEGRO CORTES JAVIER RICARDO, CC - 1020811513**, está afiliado(a) desde **02/05/2023**, como trabajador(a) de **INFRAESTRUCTURA NACIONAL LTDA.**, con NIT: **9000555217**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2023-04-27**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **25 de noviembre de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.051.287.439

GONZALEZ RAMIREZ

APELLIDOS

JOSE ANDRES

NOMBRES

JOSE ANDRES GONZALEZ

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-ENE-1994

CHITARAQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

30-ENE-2012 CHITARAQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0707600-00387025-M-1051287439-20120707 G0304 80287A 1 30091916

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 25 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de INFRAESTRUCTURA INTEGRAL SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - OPERATIVOS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1051287439	GONZALEZ RAMIREZ JOSE ANDRES	22/06/2024		29224592	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10245267382532943574

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/11/2025 12:06:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.93.136.163, 192.230.104.3, 172.16.42.57

Bogotá, r 5 de 2025

Señor:
GONZALEZ RAMIREZ JOSE ANDRES
CC. 1051287439
CL 40 A 91 03 SUR - 2999
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 29 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
GONZALEZ RAMIREZ JOSE ANDRES	1051287439	C	May-29-2024	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GONZALEZ ESCOBAR DAYAN NIKOL	1233508433	R	Feb-4-2025	34	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
DEMOLICIONES VECO LTDA	1051287439	Dependiente	CERRADO
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	1051287439	Dependiente	CERRADO
INFRAESTRUCTURA INTEGRAL SAS	1051287439	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 93.150.661

GUARNIZO CAMPOS

APELLIDOS

JOSE WILLIAM

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1962

SALDAÑA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

09-DIC-1980 SALDAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2905800-01090436-M-0093150661-20190801 0067081862A 1 9909273372

Medellín, 26 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO OBRAS 2022, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C93150661	GUARNIZO CAMPOS JOSE WILLIAM	01/08/2025		227p2713	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C400769152533043862

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/11/2025 12:11:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.93.136.163, 192.230.104.3, 172.16.42.57

Bogotá, Noviembre 26 de 2025

Señor:
GUARNIZO CAMPOS JOSE WILLIAM
CC. 93150661
CR 10 53 33 SUR - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 30 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
MORA SANCHEZ YANIRA ANAIS	51958994	C	Nov-30-2017	57	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
GUARNIZO CAMPOS JOSE WILLIAM	93150661	C	Nov-30-2017	57	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO INFRAESTRUCTURA METRO	93150661	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO OBRAS O	93150661	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO OBRAS O	93150661	Dependiente	VIGENTE
CONSULTORES E INGENIEROS INGEF LTDA	93150661	Dependiente	CERRADO
CONSULTORES E INGENIEROS INGEF LTDA	93150661	Dependiente	CERRADO
JOSE WILLIAM GUARNIZO CAMPOS	93150661	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO
MOBILITY DAE COLOMBIA SAS	93150661	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

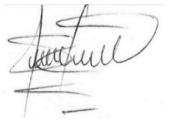
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE WILLIAM GUARNIZO CAMPOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **93150661,** se encuentra afiliado/a desde **30/05/1994** 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 26 de noviembre 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 79.761.815

PULGARIN GARZON

APELLIDOS

CAMPO ELIAS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1977

TOPAIPI
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-MAR-1997 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00095583-M-0079761815-20081014 0004371996A 1 1440012971

Documentación de ingreso:
Carlos Fernando Marin Santamaria

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.540.040
GIRALDO GIRALDO

APELLIDOS
TULIO LEON

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

17-MAY-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00438121-M-1024540040-20130605 0033277815A 1 7722306773

Medellín, 24 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000091301 BRONX		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024540040	GIRALDO GIRALDO TULIO LEON	25/11/2025		35722002	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/11/2025 08:07:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.63.150.235, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012474941
9012474941

No. de Radicación SAT: 29990131

Fecha de Radicación: 25 | 11 | 2025

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
GIRALDO Primer Apellido	GIRALDO Segundo Apellido	TULIO Primer Nombre	LEON Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1024540040	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			30 | D | 03 | M | A 1993 | A | A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Categoría discapacidad)	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
NINGUNA		$1.423.500	

26. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

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

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

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

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

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
MARIN SANTAMARIA CARLOS	CC	91301238	

59. Ubicación				
CLL 32 49A 93 SUR	NT		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	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 [X]
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 [X] 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	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 25 M 11 A 2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que 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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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			
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:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: TOPOGRAFO

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.

Vigilado Supersalud

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:

TULIO LEON GIRALDO GIRALDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.540.040**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **GIRALDO GIRALDO TULIO LEON, CC - 1024540040**, está afiliado(a) desde **24/11/2025**, como trabajador(a) de **MARIN SANTAMARIA CARLOS FERNANDO**, con NIT: **913012389**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-11-24**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **24 de noviembre de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.013.659.041
JAIMES MARIN
APELLIDOS
JOHANA MILENA
NOMBRES
FIRMA
REPÚBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
13-JUN-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00048104 F-1013659041 20171023
0058203691A 1

Medellín, 26 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000091301 BRONX		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1013659041	JAIMES MARIN JOHANA MILENA	27/11/2025		14168126	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/11/2025 09:01:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.63.150.235, 192.230.104.1, 172.16.42.57

2:50

certificado
Lector de PDF

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Johana Milena Jaimes Marin, identificado(a) con CC número 1013659041, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1013659041
NOMBRES Y APELLIDOS	Johana Milena Jaimes Marin
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	06/06/1995
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2008
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	589 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	16/07/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 91301238 CARLOS FERNANDO MARIN SANTAMARIA Desde 26/11/2025 - Vigente N.I.T. 901363322 ERG SOLUCIONES EN INGENIERIA Y TOPOGRAFIA Desde 01/10/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 88219529 PIEDRAHITA SANDOVAL MANUEL DANOVI Desde 16/05/2025 Hasta 26/09/2025N.I.T. 901611308 RCH TOPOGRAFIA SAS Desde 18/02/2025 Hasta 01/04/2025N.I.T. 901637510 GRUPO ECO SISTEMAS DE AGUA SAS Desde 11/02/2025 Hasta 28/02/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1013659041 JOHANA MILENA JAIMES MARIN Desde 08/08/2024 Hasta 10/02/2025

Generado por interfaces 01/12/2025

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Johana Milena Jaimes Marin, identificado(a) con CC número 1013659041, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

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:

JOHANA MILENA JAIMES MARIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.659.041**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 91301238	9	MARIN SANTAMARIA CARLOS FERNANDO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 51SUR # 516-89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7920894	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1928229420	9494735006	E	2025/11/12	2025/11/14	BANCOLOMBIA		$1,780,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (5 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (5 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																														
1	CC	5046985	CANTILLO ESTOR DAIRO																	230301	30	EPS002	30	CCF21	30	14-11	30	6.960%	30	Si
2	CC	1003842617	CASCAVITA YARA EDWIN ALEXANDER																	230301	30	EPS017	30	CCF21	30	14-11	30	6.960%	30	Si
3	CC	1069716296	LADINO VALLEJOS MICHAEL ALEXANDER	X	X															230301	1	EPS017	1	CCF21	1	14-11	1	6.960%	1	Si
4	CC	1001325512	LOPEZ NOVOA ESTEFANNY DAYANA																	230201	30	EPS005	30	CCF21	30	14-11	30	6.960%	30	Si
5	CC	1004345801	MARTINEZ CORREA ELKIN PETER																	230301	30	EPS037	30	CCF21	30	14-11	30	6.960%	30	Si
Total			**Afiliados(5)**																											

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$918,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$691,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$399,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$399,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$229,900
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	5	$229,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				5	$229,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$58,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$57,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$57,000
TOTAL				**5**	**$1,778,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 91301238	9	MARIN SANTAMARIA CARLOS FERNANDO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 51SUR # 516-89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7920894	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2026-01	2080282302	9497866275	E	2026/01/13	2026/01/14	BANCOLOMBIA		$882,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (2 Afiliados)																						$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$198,200		$0	$0		$881,800
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (2 Afiliados)																						$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$198,200		$0	$0		$881,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$198,200		$0	$0		$881,800
1	CC	1003842617 CASCAVITA YARA EDWIN ALEXANDER																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1024540040 GIRALDO GIRALDO TULIO LEON																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
Total		**Afiliados(2)**																				$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$198,200		$0	$0		$881,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$455,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$455,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$198,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$198,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$114,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$114,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$114,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$114,000
TOTAL				**2**	**$881,800**

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91301238		MARIN SANTAMARIA CARLOS FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 32 Sur # 51 G 89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4397070	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1957010987	9495173147	I	2025/12/10	2025/11/26	BANCOLOMBIA	0	$531,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$104,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$104,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$104,400		$0	$0
1	CC	91301238	MARIN CARLOS	25-14	30	$1,500,000	$240,000	EPS017	30	$1,500,000	$187,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,500,000	$104,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$104,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91301238		MARIN SANTAMARIA CARLOS FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 32 Sur # 51 G 89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4397070	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1957010987	9495173147	I	2025/12/10	2025/11/26	BANCOLOMBIA	0	$531,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$0	$0	$240,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$240,000	$0	$0	$240,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$104,400	$0	$0	$104,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$104,400	$0	$0	$104,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$187,500	$0	$0	$187,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$187,500	$0	$0	$187,500
TOTAL				1	$531,900	$0	$0	$531,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91301238		MARIN SANTAMARIA CARLOS FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 32 Sur # 51 G 89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4397070	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2085898399	9497005376	I	2026/01/13	2026/01/16	BANCOLOMBIA	3	$533,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000		$104,400		$0	$0		$531,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000		$104,400		$0	$0		$531,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000		$104,400		$0	$0		$531,900
1	CC	91301238 MARIN CARLOS																		25-14	30	$1,500,000	$240,000	EPS017	30	$1,500,000	$187,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,500,000	6.960%	$104,400	0	$0	$0	No	$531,900
Total	**Afiliados(1)**																					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000		$104,400		$0	$0		$531,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$500	$0	$240,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$240,000	$500	$0	$240,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$104,400	$200	$0	$104,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$104,400	$200	$0	$104,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$187,500	$400	$0	$187,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$187,500	$400	$0	$187,900
TOTAL				**1**	**$531,900**	**$1,100**	**$0**	**$533,000**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **91.301.238**

MARIN SANTAMARIA

APELLIDOS

CARLOS FERNANDO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1972**

LA BELLEZA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-ABR-1991 LA BELLEZA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00130593-M-0091301238-20081122 **000673973A** 1 1500027028

Documentación de ingreso:
G2 Vigilancia

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.124.074.372
MOLERO EPIEYU
APELLIDOS
LUIS ANTONIO
NOMBRES

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-1997
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

19-ENE-2017 MAICAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4801000-01092713-M-1124074372-20190812 0067306260A 1 54700350

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.603.654**

QUIROZ TIBOCHE

APELLIDOS

RAFAEL HUMBERTO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAY-1972**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-AGO-1990 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00252204-M-0079603654-20100826 **0023**594769A 1 1350917093

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901192349
Número Afiliación:	9002113
Razón social:	SEGURIDAD G2 LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1124074372
Nombre:	LUIS ANTONIO MOLERO EPIEYU
Fecha Ingreso:	01/12/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	100
Centro de trabajo:	R4
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	28/11/2025 03:57:35 p. m.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador SEGURIDAD G2 LTDA identificado con NIT número 901192349 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9612985	01/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1124074372	LUISANTONIO MOLERO EPIEYU	1423500	VIGILANTE	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LUIS ANTONIO MOLERO EPIEYU identificado(a) con CC No. 1124074372, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SEGURIDAD G2 LTDA con NIT 9011923496:

- Fecha de afiliación a la Caja: 01/12/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 01/12/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 01/12/2025

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ANTONIO MOLERO EPIEYU, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.074.372,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010134733	1|9|0|4|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
QUIROZ (Primer apellido)	TIBOCHE (Segundo apellido)	RAFAEL (Primer nombre)	HUMBERTO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	79603654	Femenino ☐ Masculino ☒	2|0|0|5|1|9|7|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia			
CL 163A NO 4 82 (Dirección)	Telefono fijo	3144092833 (Telefono celular)	QUIROZRAFAEL85@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de Identidad	**21. Número documento Identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

	Tipo documento de Identidad	26. Número de Identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad			Condición	
			Tipo F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia					33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162	VSAUTONORT - VSAUTONORT
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SEGURIDAD G LTDA	NIT	901192349	01

39.Ubicación				
CL 175 56 A 02 (Dirección)	4759316 (Teleéfono)	SEGUZ2@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

No de Radicacion
4010134733

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|4|0|4|2|0|2|3

EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Rafael Quiroz	

IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901192349
Número Afiliación:	9002113
Razón social:	SEGURIDAD G2 LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79603654
Nombre:	RAFAEL HUMBERTO QUIROZ TIBOCHE
Fecha Ingreso:	14/04/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	100
Centro de trabajo:	R4
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	13/4/2023 4:17:23 PM

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RAFAEL HUMBERTO QUIROZ TIBOCHE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.603.654**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010134733	1|9|0|4|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
QUIROZ (Primer apellido)	TIBOCHE (Segundo apellido)	RAFAEL (Primer nombre)	HUMBERTO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	79603654	Femenino ☐ Masculino ☒	2|0|0|5|1|9|7|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia			
CL 163A NO 4 82 (Dirección)	Telefono fijo	3144092833 (Telefono celular)	QUIROZRAFAEL85@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de Identidad	**21. Número documento Identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

	Tipo documento de Identidad	26. Número de Identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad			Condición	
			Tipo F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia					33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162	VSAUTONORT - VSAUTONORT
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SEGURIDAD G LTDA	NIT	901192349	01

39.Ubicación				
CL 175 56 A 02 (Dirección)	4759316 (Teleéfono)	SEGUZ2@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

No de Radicacion
4010134733

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|4|0|4|2|0|2|3

EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Rafael Quiroz	

IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901192349
Número Afiliación:	9002113
Razón social:	SEGURIDAD G2 LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79603654
Nombre:	RAFAEL HUMBERTO QUIROZ TIBOCHE
Fecha Ingreso:	14/04/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	100
Centro de trabajo:	R4
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	13/4/2023 4:17:23 PM

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RAFAEL HUMBERTO QUIROZ TIBOCHE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.603.654**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Abril del 2023.

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.*

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) RAFAEL HUMBERTO QUIROZ TIBOCHE identificado(a) con CC No. 79603654, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SEGURIDAD G2 LTDA con NIT 9011923496:

- Fecha de afiliación a la Caja: 01/03/2024.
- Fecha de ingreso a la empresa: 14/04/2023.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 23/01/2026

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.462.279
OSORIO CARDONA
APELLIDOS
LUIS CARLOS
NOMBRES

Luis Carlos Osorio
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-FEB-1994
TULUA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-MAR-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01308434-M-1032462279-20220718 0080097190A 1 8505137237

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901192349
Número Afiliación:	9002113
Razón social:	SEGURIDAD G2 LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1032462279
Nombre:	LUIS CARLOS OSORIO CARDONA
Fecha Ingreso:	01/12/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	100
Centro de trabajo:	R4
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	28/11/2025 04:01:19 p. m.

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012487673
9012487673

No. de Radicación SAT: 30010369

Fecha de Radicación: 01 12 2025

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
OSORIO (Primer Apellido)	CARDONA (Segundo Apellido)	LUIS (Primer Nombre)	CARLOS (Segundo Nombre)

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1032462279	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				23 D 02 M 1994 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Categoría discapacidad)	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR		$1.423.500	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

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

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

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

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

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
SEGURIDAD G DOS LTDA	NT	901192349	

59. Ubicación				
CLL 175 56A 02 Dirección	4759316 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL 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 [X]
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	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D / M M / A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 01 / M 12 / A 2025	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que 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

Apellidos y nombres		

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

LUIS OSORIO

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		

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: VIGILANTE

Vigilado Supersalud

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

Cambio Empleo

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS CARLOS OSORIO CARDONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.462.279**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LUIS CARLOS OSORIO CARDONA identificado(a) con CC No. 1032462279, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SEGURIDAD G2 LTDA con NIT 9011923496:

- Fecha de afiliación a la Caja: 01/12/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 01/12/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 01/12/2025

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.396.038**

PORTELA CAMACHO

APELLIDOS

URIEL

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1975**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-AGO-1993 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900100-00448730-M-0093396038-20130715 **0033960818A** 1 6352449204

Scanned with CamScanner

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9002113 correspondiente a la empresa Seguridad G2 Ltda.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
URIEL PORTELA CAMACHO	C.C.	93,396,038	01/11/2020

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 23 de diciembre de 2025 a las 07:39:59 a. m.

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **URIEL PORTELA CAMACHO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **93396038,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) URIEL PORTELA CAMACHO identificado(a) con CC 93396038 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**09/08/2014**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO GRAN PLAZA SOACHA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 23 días del mes diciembre del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) URIEL PORTELA CAMACHO identificado(a) con CC No. 93396038, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SEGURIDAD G2 LTDA con NIT 9011923496:

- Fecha de afiliación a la Caja: 01/03/2024.
- Fecha de ingreso a la empresa: 02/07/2014.

En su grupo familiar figuran los siguientes registros, como beneficiarios de los servicios de la caja.

Nombre	Identificación	Parentesco	Subsidio	Discapacidad	Fecha de Afiliación	Estado
DANNA VALENTINA PORTELA LOPEZ	1105467080	Hijo	NO	NO	01/03/2024	VIGEN
MARIA JOSE PORTELA BARAJAS	1107982824	Hijo	SI	NO	01/03/2024	VIGEN
LAURA SOFIA PORTELA BARAJAS	1074822873	Hijo	SI	NO	01/03/2024	VIGEN
ANDREA KATHERINE BARAJAS ORTIZ	1005716577	Padre - M...	NO	NO	15/05/2024	VIGEN

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 23/01/2026

DAIMCO
NIT: 900021482 - 1

20 AÑOS ANIVERSARIO

Documentación de ingreso:
AP Apoyo Industrial

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.349.013**

BALLESTEROS AREVALO

APELLIDOS

MANUEL FRANCISCO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAR-1973**

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,65 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

31-JUL-1991 ZIPAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00168024-M-0011349013-20090810 **0014**757598A 4 1360106957

M□d□□□□□21 d□ □□□r□r□ d□ 202□

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

□ □□ □□□□□□□r□□□□□□□r□□□□□□□d□□□□□□ □□□□□□□□□□□ □□□□d□□□□ □□□□□□□r□□□□□□□□d□□□□□□R□□□□□□ □□□□r□□□□d□□d□ □□□□ □□□□□□□ □□d□□□d□□□□ □EGURO□ DE □□D□ □UR□MER□□□N□ □□□□□□□□ □ r□□□□□□d□r□□d□ □□ □EGUR□D□D □NDU□□R□□□ □□□□□□□ □□□□□□□r□d□ r□□□□□ 0000000001 □□R□N□ □□□□ □OGO□□ D□ □□□ □□□□□ d□r□□□□□ □□□□r□□□□□□□□ d□ □□□□□□□□□□□ 6□6□ □

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
□11□□□01□	□□□□E□□ERO□ □RE□□□O M□NUE□ □R□N□□□	0□02□202□		2□20□2□2	DE□END□EN□E	EN □O□ER□UR□

□□d□□□□ □□□□d□r □□□ □□□□ □□r□□□□□d□ □□□□□ □□d□ r□□□□ □□□□ □□ □□d□ □□r □R□ □□r□ □ □□ □□□□□r□ □□□□□ □□□□□ □□□□□□□□d□ □□□□r□□□□□□□□□ □ □□□□r□□□□□ □□□□ □□□□□d□r □□r□□□□□d□□ □ □□□□r□□□□ □□□□□□□□□□□□ □□d□□□ □□□□□ d□ □□□□□r□□□□□ □□□□d□ □□r □□ □ □□□□□ □0□210□□2□0□2□□□□□□

□□□□□□□ □□□□□

D□□□□□□□ d□ □□□□□□□□□□□□ □R□□□□d□□

E□□□ □□r□□□□□d□ □□□□□ □□□□d□□ □□r□ □□□□□□□□d□ □□□□□□□□□□ d□□□r□□□□□d□r □ □EGURO□ DE □□D□ □UR□MER□□□N□ □□□□□□□□□□ □ □□r□ □□□ d□□□□□□□□□□ □□ □□r□□□□□□□□□ □□□□r□ □□□□□ □□□□□□□d□ □□ □□□□□ □□r□□□□□d□ □□□□d□ □□□ □□□□□d□ □□ □□□□□□□□□r □ □□□ □□□□ □□□r □EGURO□ DE □□D□ □UR□MER□□□N□ □□□□

E□□□ □□r□□□□□d□ □□□ □□□□□r□d□ □□□□ □□ □□□□□r□ □□□□□□ r□□□□□r□d□ □□□ □□ □□□□□ d□ d□□□□ □□21□02□202□1□□□□□2□□ □□□□ r□□□□□□d□r□□□ □ r□□d□□□ □□□□ □□□□□r□□□□ □□□□□□□□ □□□□□r□r□□ □□□d□□□□□□d□r□□r□□□

D□□□□□□□□ □□□1□6□2□□□0□2□2□1□2□2□0□10□□□□1□2□16□2□□□

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

□□□□□□□□ 21□02□202□

□□□□r□□□
M□NUE□ □R□N□ □□□O □□□□E□□ERO□ □RE□□□O
□ – 11□□□01□

Referencia: □□r□□□□d□ □□□□d□ d□ □□□□□□□□□
Formulario No.: □012□□□1□1
Fecha Radicación: 06□02□202□
Estado de afiliado□□ □□□□□□□

□□r□□□d□ □□□□d□□

R□□□□□ □□ □□rd□□□□□□d□ □□ □□□ □r□ d□ □□□d □□□□E□□□ □ □□□ □□□□□r□□ □□r□d□□□ □□□r□□□r□□□ □□□□□d□ □□□□ □ □□ E□□d□d □r□□ □□□r□ d□ □□□d □E□□□d□ □□ □r□□r□□□□□

□□□d □□□□E□□□ □ □□□ □□□□□r□□□□ □□□ □□ □□□□□□□d d□ □□□□□□□□ □□□ N□□□d□d d□ □□ □□□□□□□□ □□ □□□□□□□r□ r□d□□□d□ □□□□□□ d□ □□□□□□□□□d□R□□□ □□ □ □□□r□□□□□ □□□ □ r□□□□□d□r d□□□□d□□□□ d□ □□ □□ □r□□□ □□□ □EGUR□D□D □NDU□□R□□ □□□ N □01□□□□□□□□□□□□ □□□□□□ d□ □□□□□□□□□ □ □□□ □□□ □□□□ d□ □□□□□□□□□□ □□r□ □□202□ d□ □1□00000□

□ □□□□□□□□□□□□□r□□□□□□□□ □□ □□ □□□□r□ □□□□□ d□ □□□ □ □□□ □r□□d□□□r□□□ □□□ □□□r □□□□□□d□□ □ □□□□ □□r□ □□□r□□□

N□□ □r□ □ □ □□□□d□	D□□□□ □□□□ □□□□	□□□□□ N□□□ □□□□ □□ □ □dd□□□□□	□□r□□□□□□	□□□	□□□□□ □□□d□□□□□
M□NUE□ □R□N□ □□□O □□□□E□□ERO□ □RE□□□O	□	0□2□□1□□□	□O□□□□N□E	M	□□

Información Afiliación
E□□ □□□□r□□r□E□□ □□□UD □O□□□
□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□□12□02□202□ **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
D□r□□□□□□ E□ □□□d□r□□R 16 □6□ □□ □□r
D□r□□□□□□ □□□□r□□□□R 16 □6□ □□ □□r
□□□d□ d□ □□□□□□□□□□
□d□ □□□□r□d□r□ R□□□□□□ □r□□□□□□□□□□□□EGURO□ DE R□E□GO□ □RO□E□□ON□□E□
□UR□MER□□ □N□ □□□□
□□□□□ □□□r□□□ □ □□□□r□r□□ □ □dd□□□□□□□06□01□202□

E□ □□ □□r□□□□□ □□□ □□□□□ □□ □□□□□ □□□ □□□d□□□ □□□ □□□ □□ □□□□□d□ **copia de formulario de afiliación.** R□□□□rd□ □□□ □□ □□□r□ □□□□r□□□□□d□ □□□ □□d□r□□□□ □d□□r□□ □□ □□□□□□r□ □□ □□ □□□□□□ □ □□ □ □ □ □□□d□□□□□□□ □□□□ □□□□d r□□□r□ □□□ d□ □□r□ □□□ □d□□□□□□□d□ □□□ □□□r□□ □□□ □□□□□□r □□□ □□ □□d□□□□□r□□□EDU□RDO □UGU□□O □ORRE□□E□ OR□EG□ □d□□□N□□1□□ d□□□r□□ □ □□ □□□□□□d□ □□□UD □O□□□ E□□□ □□□ □□ □r□□□□

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 - Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

[illegible]

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

[illegible] la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el [illegible]

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 - Nacional 018000 1 14524
Tu salud no es a medias debe ser total

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

E[illegible] [illegible]r[illegible]**BALLESTEROS AREVALO MANUEL FRANCISCO** [illegible]d[illegible]d[illegible] [illegible] **CC** [illegible]r[illegible] **11.349.013** [illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]d[illegible] [illegible] [illegible] O[illegible]r[illegible] [illegible] RO[illegible]E[illegible] N[illegible]d[illegible] [illegible]d[illegible] 01 d[illegible] d[illegible] [illegible]r[illegible] d[illegible] 2001 [illegible] r[illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible] d[illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]d[illegible] [illegible] [illegible] D[illegible]r[illegible] 2[illegible] d[illegible] 2010 [illegible]

1[illegible] E[illegible]100[illegible] [illegible]ONDO DE [illegible]EN[illegible]ONE[illegible] O[illegible]G[illegible]OR[illegible] [illegible]RO[illegible]E[illegible] N MODER[illegible]DO

E[illegible] [illegible]d[illegible] [illegible] [illegible]d[illegible] [illegible] d[illegible]r[illegible]d[illegible] 2[illegible] d[illegible] d[illegible] [illegible]r[illegible] d[illegible] 202[illegible]

[illegible]rd[illegible]

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** E[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible]d[illegible]

[illegible]d[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible]d[illegible] [illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible]
[illegible]r [illegible]r[illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible] [illegible]r[illegible]
[illegible] **(601) 482 33 64** [illegible] M[illegible] **(604) 510 90 99** [illegible] **(602) 386 00 80** [illegible]
[illegible]rr[illegible] **(605) 319 79 99** [illegible] **(605) 642 49 99** [illegible] **+57 310 220 5575**
[illegible] **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 79.780.7[illegible]

REYES LOZANO

APELLIDOS

LUIS YOVANNY

NOMBRES

Luis Yovanny Reyes Lozano

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1974**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-FEB-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-01053816-M-0079780768-20190104 **0064**01990A 3 9906781508

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

Medellín, 11 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79780768	REYES LOZANO LUIS YOVANNY	12/12/2025		44W228JJ	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/12/2025 14:37:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.130.137.127, 192.230.104.7, 172.16.42.57

compensar | salud eps

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

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

Sello asesor

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad
		Si ☐ No ☐	

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
Si ☐ No ☐	Nivel ☐ Grupo ☐		

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
			Dirección

Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Departamento

Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	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 de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio		

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V002

FOR-EPSVTA-0002

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

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

55. Nombre o razón social			
56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación Dirección		Teléfono fijo o Celular	
Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	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 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	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod. ☐	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

Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo copia del documento de identidad CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad de documentos de identidad 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 arcticulo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos ☐

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

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

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

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

Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

Sello asesor

V002

FOR-EPSVTA-0002

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 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

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo 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 la 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 recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico? SI: ☐ Correo electrónico: _____ NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud	☐	☐

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: _____

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si ☐ No ☐

Firma del afiliado: _____ **No. Identificación:** _____

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento siga las instrucciones de este documento.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción del trámite que se realiza mediante el diligenciamiento del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, aportante, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trâmite

A. Afiliación Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo(s) de novedades relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad".

2. Tipo de afiliación

A. Individual La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional realiza directamente la afiliación y el reporte de novedades.
Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante o cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional.

B. Colectiva La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio La opción de afiliación de oficio aplica cuando la entidad territorial o la Institución Prestadora de Servicios de Salud afilia al Sistema General de Seguridad Social en Salud a una persona, válidamente identificada, que no se encuentra afiliada o presenta novedad de terminación o retiro de la inscripción en la Entidad Promotora de Servicios de Salud.
Procede igualmente, como mecanismo excepcional, cuando la Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales -UGPP, en ejercicio de las acciones de determinación y cobro, establezca omisión en la afiliación al Sistema de la Protección Social.

3. Régimen Marque con una X, si la afiliación o el reporte de la novedad se realizan en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Contribución Solidaria Marque con una X, el campo que corresponda, para ingresar a la Contribución Solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado en Salud según el Decreto 616 de 2022, o la norma que lo modifique o sustituya.

5. Tipo de afiliado Marque con una X, la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

A. Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el Régimen Contributivo.

B. Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

C. Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado. Este campo únicamente puede ser utilizado por el beneficiario para reportar las novedades "9 - Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o "16. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia" relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad"
Adicionalmente, el cotizante o cabeza de familia debe reportar la novedad "8 - Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" en el campo 60 "Tipo de novedad".

D. Afiliado Adicional: Aplica cuando la persona no cumple con los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el Régimen Contributivo y se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una Unidad de Pago por Capitación adicional. Este campo únicamente puede ser utilizado por el beneficiario para reportar las novedades "9 - Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o "16. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia" relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad".
Adicionalmente, el cotizante debe reportar la novedad "8 - Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" en el campo 60 "Tipo de novedad".

6. Tipo de cotizante Marque con una X la opción que corresponda:

A. Dependiente: Se diligencia cuando el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con este, el pago de los aportes a salud y pensiones.

B. Independiente: Se diligencia cuando el cotizante no tiene vínculo laboral o reglamentario con algún empleador, y es una persona cuenta propia o contratista, que asume la totalidad del pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

C. Pensionado: Se diligencia cuando el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo, a través del pagador de la pensión.

7. Código Este campo debe ser diligenciado por la EPS, para lo cual debe registrar el código del tipo de cotizante que corresponda como dependiente, independiente o pensionado según la tabla de cotizantes y/o pensionados establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

A. AFILIACIÓN. Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)" y III "DATOS COMPLEMENTARIOS", correspondientes al cotizante o cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplique.
- Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del Capítulo V "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, O RESPONSABLES DEL PAGO", relativos al empleador si el afiliado es dependiente, a la agremiación colectiva, asociación o congregación religiosa si un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas o de la entidad responsable del pago para el pago de cotizantes independientes.
- Marcar con una X, en el Capítulo VII "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES", las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el Capítulo IX "Firmas", los campos 80 y/o 81 según el caso.
- Marcar con una X, en el Capítulo X "ANEXOS", los documentos de identidad que se adjuntan de las personas que se afilian, los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda y demás documentos que soporten el trámite de afiliación o reporte de la novedad.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" y III "DATOS COMPLEMENTARIOS" con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS tendrán la calidad de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario y el cabeza de familia o cotizante se niega a su inscripción dentro del núcleo familiar de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.4.2 del Decreto 780 de 2016.
- Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL" y XII. "DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL" relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio.
- Marcar con una X en el Capítulo VII "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES" las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 73, 74 y 75.
- Diligenciar el Capítulo IX "Firmas", firmando en el campo 81 "Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio".
- Marcar con una X, en el Capítulo X "ANEXOS", el documento de identidad que se adjunta de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que acreditan la condición de beneficiarios, según corresponda.
- Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES" cuando la Entidad Territorial o la Institución es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplique, y deben coincidir con la información contenida en el documento de identidad expedida por la entidad competente. Estos son:

8. Apellidos y nombres

Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad: - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento de identidad, según la siguiente tabla:

Cód.	Descripción del Tipo de Documento
CN	***Certificado de Nacido vivo,*** es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación, y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	***Registro civil de nacimiento,*** es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	***Tarjeta de identidad,*** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	***Cédula de Ciudadanía,*** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil, con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	***Cédula de Extranjería,*** es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros.
PA	***Pasaporte,*** es el documento que acredita la identidad de un extranjero menor de 7 años.
CD	***Carné Diplomático,*** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	***Salvo Conducto de Permanencia (SC-2)***, es el documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, al extranjero que deba permanecer en el país mientras se resuelve su situación de refugiado o asilado y la de su familia.
PT	***Permiso por Protección Temporal,*** es el documento de identificación para los migrantes venezolanos que cumplan con los requisitos contenidos en el artículo 15 de la Resolución 971 de 2021 expedida por Migración Colombia, o en la norma que la modifique o sustituya.

En los casos que no exista identificación de la población por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil o Migración Colombia o el documento de identidad no corresponda con la edad, se dará aplicación a lo dispuesto en la Resolución 406 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

10. Número del documento de Identidad Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

11. Sexo Biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

12. Sexo Identificación Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

13. Nacionalidad Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

14. Lugar de nacimiento Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

15. Fecha de nacimiento Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

16. Etnia En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

Cód.	Etnia	Cód.	Etnia
01	Indígena	04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
02	Rrom (gitano)	05	Población Negra, Afrodescendientes
03	Raizal (San Andrés y Providencia)		

17. Comunidad Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 - Etnia" se reporte el código "01 – Indígena", caso en el cual indicará el nombre de la comunidad indígena registrada en el Ministerio del Interior o DANE. La EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

18. Discapacidad Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Categorías de discapacidad: En caso de conocer la categoría de discapacidad reporte el código que corresponda de acuerdo con la tabla que se relaciona a continuación, en el campo denominado Categoría de Discapacidad:

Cód.	Categoría de Discapacidad	Cód.	Categoría de Discapacidad
1	Discapacidad física	5	Discapacidad intelectual
2	Discapacidad auditiva	6	Discapacidad psicosocial (mental)
3	Discapacidad visual	7	Discapacidad múltiple
4	Sordoceguera		

La determinación de la categoría de discapacidad atenderá al resultado del procedimiento dispuesto en la Resolución 1197 de 2024 o la norma que la modifique o sustituya. De no haber surtido ese procedimiento o no tener certeza sobre la categoría no diligencie este campo.

19. Tiene encuesta SISBÉN: Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBÉN.

20. Clasificación SISBÉN: Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportada que tiene la encuesta del SISBÉN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisbén vigente.

21. Grupo de población especial: Este campo deberá ser diligenciado si el usuario pertenece a un grupo de población, reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

22. Administradora de Riesgos Laborales – ARL: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo cuando aplique. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

23. Administradora de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

24. Ingreso base de cotización - IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o el valor correspondiente al 40% de los ingresos mensuales para el caso de los independientes, sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

25. Tarifa Contribución Solidaria: En este campo debe reportar la suma de las tarifas por cada uno de los miembros mayores de edad del núcleo familiar, cuyo pago estará a cargo del cabeza de familia, y debe ser diligenciado cuando haya reportado en "5" el campo "4. Contribución solidaria".

26. Residencia: Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.
- Dirección. Este campo es obligatorio - Teléfono Fijo. Este campo es opcional - Teléfono Celular. Este campo es opcional - Correo electrónico. Este campo es opcional - Departamento. Este campo es obligatorio - Ciudad/Municipio o distrito. Este campo es obligatorio - Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito. Este campo es opcional - Zona: Cabecera municipal, centro poblado, rural dispersa o resto rural donde se ubica su residencia, este campo es obligatorio

En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.
Las zonas se definen, de conformidad con el manual de conceptos básicos de Julio de 2019, expedido por el DANE, en los siguientes link: https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/CNPV-2018-manual-conceptos.pdf y https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf

Cabecera Municipal (CM): es el área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal. Corresponde al lugar en donde se ubica la sede administrativa de un municipio.

Área rural o resto municipal: se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás. Tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas.

Centro poblado (CP): es un concepto creado por el DANE para fines estadísticos, útil para la identificación de núcleos de población. Se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adosadas entre sí, ubicada en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Departamental. Dicha concentración presenta características urbanas tales como la delimitación de vías vehiculares y peatonales. En las tablas referidas a la codificación de la Divipola, se identifican en la columna "Categoría" con la expresión o etiqueta "CP", indicando que, si bien se trata de un centro poblado, no se cuenta con la precisión de la autoridad municipal, que permita afirmar si se trata de un caserío, de una inspección de policía, o de un corregimiento municipal.

Rural disperso: Delimitación geográfica definida por el DANE para fines estadísticos, comprendida entre el perímetro censal de las cabeceras municipales y de los centros poblados, y el límite municipal. Se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y de explotaciones agropecuarias existentes en ella. Corresponde al territorio que no forma parte ni de la cabecera municipal (clase 1) ni de los centros poblados (clase 2). Se caracteriza por objetos y elementos relacionados con la agricultura, predios de descanso o recreo, usos mineros o extractivos. El número de unidades residenciales por área es menor a las zonas urbanas.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante
Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero(a) permanente también cotiza al SGSSS.
Si este no cotiza debe registrarse como Beneficiario en la fila de primer beneficiario (B1) del Capítulo IV "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar".
Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

27. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.
- Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 8 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)" de este instructivo.

29. Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

30. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

31. Sexo Identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

32. Nacionalidad: Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio:
https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

33. Lugar de nacimiento: Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

34. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

35. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.
- Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

36. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 9 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.

37. Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

38. Nacionalidad: Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio:
https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

39. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

40. Sexo identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario", según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

41. Lugar de nacimiento: Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

42. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

43. Parentesco: En este espacio debe reportar el parentesco que corresponda con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Conformación Grupo familiar	Parentesco	Descripción Parantesco
Cotizante/Cabeza de familia	Cónyuge	Existencia de vínculo matrimonial.
Beneficiario	Compañero (a) permanente	Con unión marital de hecho.
Beneficiario	Hijos menores de 25 años	Que dependan económicamente.
Beneficiario	Hijos con incapacidad permanente mayores de 25 años.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
Beneficiario	Hijos de cónyuge o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente.
Beneficiario	Nieto (a) hijos de los beneficiarios	Padre o madre es beneficiario del cotizante.
Beneficiario	Sobrino (a), Tío (a), Bisnieto (a), Hermano (a)	Hijos menores de 25 años y de cualquier edad con incapacidad permanente que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad como consecuencia del fallecimiento de los padres, pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
Beneficiario	Padres del cotizante	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no tiene inscrito como beneficiarios al cónyuge o compañero(a) permanente o a los hijos.
Beneficiario	Menores de 18 años en custodia	La inclusión como beneficiario está determinado por autoridad competente.
Afiliado adicional consanguíneo	Padre, abuelo (a), bisabuelo (a), hijo (a), nieto (a), biznieto (a), tío (a), primo (a), hermano (a), sobrino (a), hijo del sobrino (a), hermano	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta cuarto grado de consanguinidad respecto de este y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.
Afiliado adicional afinidad	Suegro (a), nuera, yerno, cuñado (a), abuelo (a) del cónyuge, hijo (a), nieto (a)	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta el segundo grado de afinidad, respecto de este, es decir con la familia del cónyuge o compañero permanente y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.

44. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 16 del CAPÍTULO II. "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.

45. Comunidad: Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 – Etnia" se reporte el código "01 – Indígena", caso en el cual, la EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

46. Grupo de población especial: Este campo deberá ser diligenciado si el beneficiario o afiliado adicional pertenece a un grupo de población especial reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

47. Tiene encuesta SISBÉN: Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBÉN.

48. Clasificación SISBÉN: Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportada que tiene la encuesta del SISBÉN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisbén vigente.

49. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Categorías de discapacidad: En caso de tener alguna discapacidad, reporte el código que corresponda de acuerdo con la tabla del numeral 18 del CAPÍTULO III. "DATOS COMPLEMENTARIOS", de este instructivo.

50. Incapacidad permanente: Marque con una "X" si el beneficiario como consecuencia de un accidente de trabajo, enfermedad profesional o común presenta una disminución definitiva en su capacidad laboral.

51. Datos de residencia: Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
- Departamento - Municipio/Distrito - Zona: urbana, rural - Teléfono (fijo y/o celular) - Dirección

En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado, según los valores establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada vigencia.

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:
- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante o Cabeza de Familia
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, solo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

54. Código de la IPS: La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.
Para la captura digital del formulario, las EPS deben disponer el listado de IPS para que sea seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:
- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades responsables del pago de los tipos de cotizantes relacionados en la novedad 6 del campo 60 "Tipo de Novedad".

55. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del aportante o pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

56. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como aportante o pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:
- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático), o PT (Permiso por Protección Temporal) cuando se trate de personas naturales.

57. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identidad del aportante o pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes o pagadores de pensiones establecidos para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

59. Ubicación: - Dirección - Teléfono (fijo o celular) - Correo electrónico - Departamento - Municipio/Distrito
En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir como departamento Bogotá, D. C.

B. REPORTE DE NOVEDADES El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.
El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades de adquisición de condiciones para cotizar o el fallecimiento del cotizante o cabeza de familiar, establecidas en el campo 60 "Tipo de novedad".
Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

60. Tipo de novedad: Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

NUM	NOMBRE	NUM	
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
4	Actualización y corrección de datos complementarios	15	Traslado
5	Terminación de la inscripción en la EPS	16	Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia
6	Reporte de pago a través de un tercero	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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	21	Retiro de Contribución Solidaria
11	Inscripción EPS retorno al país		

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el Capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante, el cabeza de familia, beneficiario o el afiliado adicional debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el Capítulo II y los datos de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identificación Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas establecidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores o Migración Colombia. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar los datos del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional en el Capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del Capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 27 al 54 del Capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS Esta novedad se reporta cuando el afiliado cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

Cód.	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado; o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen especial o de excepción, incluido el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad.

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla el código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 66 del Capítulo VI.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del Capítulo V y estar suscrita por el empleador.

Novedad 6: Reporte de pago a través de un tercero Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente reporta que el pago de sus aportes al SGSSS lo hace un tercero. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad que realiza los aportes al SGSSS, cuando el tipo de cotizante corresponda a alguno de los siguientes:

Código tipo de cotizante	Nombre tipo de cotizante	Código tipo de cotizante	Nombre tipo de cotizante
34	Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud	53	Afiliado partícipe
35	Concejal municipal o distrital	60	Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional.
36	Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	63	Beneficiario de Prestación humanitaria
43	Cotizante a pensiones con pago por tercero		

- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 80 y 81.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 27 al 54 del Capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 53 del Capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de este.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera(o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar en los numerales 27 al 54 del Capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de 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, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inician una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la novedad 14, "Movilidad" del campo 60 "Tipo de Novedad".
También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inician una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 14. "Movilidad" del campo 60 "Tipo de Novedad". Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 15. "Traslado" del campo 60 "Tipo de Novedad" si cumple las condiciones para ello.
El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la novedad "8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" del campo 60 "Tipo de Novedad", en otro formulario.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 11: Inscripción EPS retorno al país Esta novedad aplica cuando el cotizante o cabeza de familia retorna al país.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual reporta esta novedad a la EPS
- Marcar con una X, en el Capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas del numeral 80.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúan la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 80 y 81.
- Marcar con una X la casilla del numeral 90 del Capítulo X y anexarla.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar.

Novedad 13: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 80 y 81.

Novedad 14: Movilidad Esta novedad se reporta:
A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.
B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.
Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del Capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9. "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10. "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda del numeral 60 "Tipo de novedad".
La entidad territorial deberá diligenciar los datos del Capítulo XI cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 15: Traslado Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:
- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado es el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los Capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 53 del Capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del Capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del aportante, de las entidades responsables de la afiliación colectiva o responsables del pago", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 65 del Capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS de la cual se traslada.
- Registrar en el numeral 67, el código correspondiente al motivo por el cual quiere trasladarse de EPS, según la tabla siguiente:

Cód.	Motivos para el traslado
1	Por ejercicio de la libre elección.
2	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
3	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
4	Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañero(a)s permanente(s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero(a) permanente.
5	Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio y en los eventos previstos en el artículo 2.1.7.13 del Decreto 780 de 2016.
6	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.
7	Cuando el afiliado fue objeto del proceso de asignación de usuarios.

- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 89 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el período de permanencia.
Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 16: Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de afiliado Aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II, cuando el beneficiario o el afiliado adicional reporta la novedad
- Registrar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, o cabeza de familia).
- Diligenciar el numeral 66 del Capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 17: Reporte del trámite de protección al cesante Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 68 del Capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, el numeral 80.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pre-pensionado Esta novedad se reporta cuando el cotizante a que alude el artículo 2.1.8.4 del Decreto 780 de 2016, ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, y continúa cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 24 del Capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como pre-pensionado.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, el numeral 80.

Novedad 19: Reporte de la calidad de pensionado Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 19, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 23, 24 y 26 del Capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 27 al 34 del Capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 35 a 54 del Capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del Capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 20: Ingreso a Contribución Solidaria Esta novedad se reporta cuando ha marcado en "SI" el numeral 4 "Contribución Solidaria".
Para esta novedad el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 20, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar el numeral 25 "Tarifa Contribución Solidaria" del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual reúne las condiciones para pagar la Contribución Solidaria
- Marcar con una X las casillas 77 y 78 del Capítulo VII.
- Diligenciar la información del Capítulo VIII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en el numeral 80
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Novedad 21: Retiro de Contribución Solidaria Esta novedad se reporta cuando ha marcado en "SI" el numeral 4 "Contribución Solidaria"
Para esta novedad el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 21, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV del cónyuge o compañero (a) permanente del cabeza de familia o de los beneficiarios que retira de la contribución solidaria en caso de que aplique
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual se retira de la Contribución Solidaria
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en el numeral 80.

CAPÍTULO VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

Corresponde a los datos de la persona según el reporte de la novedad y solo aplica para las siguientes novedades.
Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos.
Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento.
Novedad 15: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.
Novedad 17. Los datos de identificación del cotizante que se acoge al beneficio de protección al cesante
Novedad 19. Los datos de identificación del Pensionado.

61. Datos básicos de identificación. *Apellidos y nombres:*
Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad. - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 9 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.

Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia - SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

62. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

63. Sexo Identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario"u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

64. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

65. EPS anterior: Este dato solo se diligencia para la novedad 15 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

66. Fecha de novedad: Registre en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha dd-mm-aaa únicamente para las siguientes novedades:
Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.
Novedad 10: Terminación de la relación laboral.
Novedad 11: Inscripción EPS retorno al país.
Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Novedad 13: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
***Novedad

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS YOVANNY REYES LOZANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79780768,** se encuentra afiliado/a desde **04/08/1993** 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 11 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Anexo 2 – Planillas de Seguridad Social

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

Planilla de seguridad social: Consorcio Obras Caobos MG

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901994058	1	CONSORCIO OBRAS CAOBOS MG	A - 200 O MAS COTIZANTES	CAOBOS	MONTES DE RETIRO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202608421	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2012709276	9496504231	E	2025/12/15	2025/12/16	BANCO DE OCCIDENTE	1	$2,623,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1016064030	CARRILLO JESSICA	X																	25-14	7	$816,667	$130,700	EPS005	7	$816,667	$32,700	CCF24	7	$816,667	$32,700	14-11	7	$816,667	$56,900	7	$0	$0	Si	$253,000
2	CC	1032498257	RUEDA SANTIAGO	X																	230201	30	$3,300,000	$528,000	EPS010	30	$3,300,000	$132,000	CCF24	30	$3,300,000	$132,000	14-11	30	$3,300,000	$229,700	30	$0	$0	Si	$1,021,700
3	CC	51969600	YAZO JAZMIN																			0	$0	$0	EPS008	30	$9,000,000	$360,000	CCF24	30	$9,000,000	$360,000	14-11	30	$9,000,000	$626,400	30	$0	$0	Si	$1,346,400
Total	**Afiliados(3)**																						$4,116,667	$658,700			$13,116,667	$524,700			$13,116,667	$524,700			$13,116,667	$913,000		$0	$0		$2,621,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901994058	1	CONSORCIO OBRAS CAOBOS MG	A - 200 O MAS COTIZANTES	CAOBOS	MONTES DE RETIRO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202608421	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2012709276	9496504231	E	2025/12/15	2025/12/16	BANCO DE OCCIDENTE	1	$2,623,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$658,700	$500	$0	$659,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$130,700	$100	$0	$130,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$528,000	$400	$0	$528,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$913,000	$600	$0	$913,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$913,000	$600	$0	$913,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$524,700	$400	$0	$525,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$524,700	$400	$0	$525,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$524,700	$500	$0	$525,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$360,000	$300	$0	$360,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$132,000	$100	$0	$132,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$32,700	$100	$0	$32,800
TOTAL				**3**	**$2,621,100**	**$2,000**	**$0**	**$2,623,100**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901755263
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONSORCIO CPI-PROINMAT L-2
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 7A #189-47	TELÉFONO:	8015284
TIPO APORTANTE:	15-CONTRATANTE	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - OPERATIVO -CPI
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4633236824**			TIPO DE PLANILLA:			Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/02			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	215003200		

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	8	$ 1.768.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.768.700	$ 0	$ 1.768.700
230301	230301-PORVENIR	6	$ 1.366.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.366.800	$ 0	$ 1.366.800
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
25-14	25-14 COLPENSIONES	5	$ 1.231.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.231.200	$ 0	$ 1.231.200
SUBTOTALES:										**$ 4.594.500**	**$ 0**	**$ 4.594.500**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 890.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 890.000	$ 0	$ 0	$ 890.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 356.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 356.000	$ 0	$ 0	$ 356.000
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 712.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 712.000	$ 0	$ 0	$ 712.000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 403.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.000	$ 0	$ 0	$ 403.000
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
EPS008	EPS008-COMPENSAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 695.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 695.000	$ 0	$ 0	$ 695.000
SUBTOTALES:													**$ 3.590.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.590.000**

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	20		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.998.800	$ 1.998.800	$ 0	$ 0	$ 1.998.800
SUBTOTALES:									**$ 1.998.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.998.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 40.000	$ 0	$ 40.000
SUBTOTALES:			**$ 40.000**	**$ 0**	**$ 40.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP														
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1000638792	MUNOZ PEREZ YULIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1001045127	CHACON CRUZ ANA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1004011322	CUESTA RODRIGUEZ ANGEL DAVID	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO		T-15																230201-PROTECCION	15	$ 711.750	$ 113.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 113.900	EPS008-COMPENSAR	15	$ 711.750	$ 89.000	$ 0	$ 89.000	14-25-COLMENA	15	$ 711.750	901755263	$ 49.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1007048800	BENITEZ BENITEZ LUIS FERNEY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.800.000			NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.800.000	$ 225.000	$ 0	$ 225.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.800.000	901755263	$ 125.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1007183502	ACOSTA ORTEGA DANIEL ESTEBAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1010188117	QUINTERO ROJAS ERICA PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1034576232	MOLINA VILLALBA JEIDY PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901755263
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONSORCIO CPI-PROINMAT L-2
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 7A #189-47	TELÉFONO:	8015284
TIPO APORTANTE:	15-CONTRATANTE	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - OPERATIVO -CPI
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4633236824**	TIPO DE PLANILLA:	Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	215003200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	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	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
8	CC 1055273840	ACERO CRISTANCHO JHON ALEXANDER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	NUEVA EPS CM	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1072747435	TORRES HERNANDEZ ELIZABETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO		T-30															231001-COLFONDOS	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1104434756	SILVA ORTEGA LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1121839277	CLAVIJO TORRES JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 4276558	LOPEZ MARTINEZ DANIEL OCTAVIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 52222322	RODRIGUEZ CANON SANDRA LILIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.000.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-25-COLMENA	30	$ 2.000.000	901755263	$ 139.200	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 52906710	MARIN DIAZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO		T-30															25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 53012491	CAMARGO NIÑO JENNY PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 79580154	LOPEZ MARTINEZ MARCO ABEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 79786682	CARDENAS CHAVES EDGAR EDUARDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 8168961	MENESES ESTRADA EVER ANTONIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	CC 83041058	MARTINEZ AGUDELO ORBEIN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	PT 5054678	HERRERA INOJOSA ENRIQUE JOSE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.423.500	901755263	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 10.223.300

Planilla Pagada

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901898730	0	CONSORCIO OBRAS HOSPITAL DOMO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 55 152 B 68 OF 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202608421	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	1988050399	9496125593	E	2025/12/09	2025/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$16,978,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	86048237	ALVAREZ ANDRES																		230901	30	$5,500,000	$880,000	EPS005	30	$5,500,000	$220,000	CCF24	30	$5,500,000	$220,000	14-23	30	$5,500,000	$382,800	30	$0	$0	Si	$1,702,800
2	CC	1020842624	BARRANTES JORDI																		230301	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$160,000	CCF24	30	$4,000,000	$160,000	14-23	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0	Si	$1,238,400
3	CC	1020740090	CAMPOS LUZ																		230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
4	CC	1031122512	DIAZ LUISA																		25-14	30	$4,500,000	$720,000	EPS010	30	$4,500,000	$180,000	CCF24	30	$4,500,000	$180,000	14-23	30	$4,500,000	$313,200	30	$0	$0	Si	$1,393,200
5	CC	51835664	FULA MARIA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
6	CC	19486735	HERNANDEZ HECTOR																			0	$0	$0	EPS017	30	$10,000,000	$400,000	CCF24	30	$10,000,000	$400,000	14-23	30	$10,000,000	$696,000	30	$0	$0	Si	$1,496,000
7	CC	1000076802	HERNANDEZ PAULA																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
8	CC	1016035214	HUERTAS DANIEL																		230301	30	$5,500,000	$880,000	EPS008	30	$5,500,000	$220,000	CCF24	30	$5,500,000	$220,000	14-23	30	$5,500,000	$382,800	30	$0	$0	Si	$1,702,800
9	CC	1030576923	MENDEZ SINDY																		25-14	30	$4,500,000	$720,000	EPS008	30	$4,500,000	$180,000	CCF24	30	$4,500,000	$180,000	14-23	30	$4,500,000	$313,200	30	$0	$0	Si	$1,393,200
10	CC	1030564044	ORTIZ SINDY																		230301	30	$4,000,000	$640,000	EPS017	30	$4,000,000	$160,000	CCF24	30	$4,000,000	$160,000	14-23	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0	Si	$1,238,400
11	CC	79601610	RODRIGUEZ OMAR																		25-14	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS005	30	$8,000,000	$320,000	CCF24	30	$8,000,000	$320,000	14-23	30	$8,000,000	$556,800	30	$0	$0	Si	$2,556,800
12	CC	1110562441	RODRIGUEZ RUDDY																		230301	30	$3,400,000	$544,000	EPS005	30	$3,400,000	$136,000	CCF24	30	$3,400,000	$136,000	14-23	30	$3,400,000	$236,700	30	$0	$0	Si	$1,052,700
13	CC	1016095419	ROJAS LUISA																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS005	30	$3,500,000	$140,000	CCF24	30	$3,500,000	$140,000	14-23	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
14	CC	4150389	URREGO HUGO																		230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
Total	**Afiliados(14)**																						$49,747,000	$8,039,600			$59,747,000	$2,390,000			$59,747,000	$2,390,000			$59,747,000	$4,158,500		$0	$0		$16,978,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901898730	0	CONSORCIO OBRAS HOSPITAL DOMO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 55 152 B 68 OF 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202608421	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	1988050399	9496125593	E	2025/12/09	2025/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$16,978,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				13	$8,039,600	$0	$0	$8,039,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$3,027,800	$0	$0	$3,027,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$3,904,000	$0	$0	$3,904,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$880,000	$0	$0	$880,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$4,158,500	$0	$0	$4,158,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	14	$4,158,500	$0	$0	$4,158,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$2,390,000	$0	$0	$2,390,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	14	$2,390,000	$0	$0	$2,390,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				14	$2,390,000	$0	$0	$2,390,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$57,000	$0	$0	$57,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$480,000	$0	$0	$480,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$260,000	$0	$0	$260,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$560,000	$0	$0	$560,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	6	$1,033,000	$0	$0	$1,033,000
TOTAL				**14**	**$16,978,100**	**$0**	**$0**	**$16,978,100**

DAIMCO
NIT: 900021482 - 1

20 AÑOS ANIVERSARIO

Planilla de seguridad social:
Daimco SAS

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

Planilla de seguridad social:
AP Apoyo Industrial

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020838401		BUITRAGO LOPEZ PAULA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 168 #8d-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4565708	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	1998186140	9496269037	E	2025/12/02	2025/12/11	NEQUI	9	$887,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79157889	BUITRAGO JOSE MANUEL																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1015424891	BUITRAGO LOPEZ MANUEL FELIPE																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
Total	**Afiliados(2)**																						$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$198,200		$0	$0		$881,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020838401		BUITRAGO LOPEZ PAULA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 168 #8d-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4565708	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	1998186140	9496269037	E	2025/12/02	2025/12/11	NEQUI	9	$887,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$455,600	$2,600	$0	$458,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,300	$0	$229,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,300	$0	$229,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$198,200	$1,200	$0	$199,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$198,200	$1,200	$0	$199,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$114,000	$700	$0	$114,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	2	$114,000	$700	$0	$114,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$114,000	$700	$0	$114,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$114,000	$700	$0	$114,700
TOTAL				2	$881,800	$5,200	$0	$887,000

Planilla de seguridad social: Infraestructura Nacional LTDA

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830504662-0	DC VECO LTDA	CLL 22C 73A 84	3914377	lorenabenavide@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					32	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	16/10/2025	90616416	$21.934.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	240.000	0		0		0	1	200	0	240.200	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	451.800	0		0		0	1	300	0	452.100	7
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	135.200	0		0		0	1	100	0	135.300	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	960.100	0		0		0	1	600	0	960.700	10
EPS010	EPS Sura	800088702-2	81.400	0		0		0	1	100	0	81.500	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	956.100	0		0		0	1	600	0	956.700	11

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.269.200	0	0	0	0	1	1.400	0	2.270.600	7
230301	Porvenir	800224808-8	5.096.800	0	0	30.000	30.000	1	3.200	200	5.160.200	15
231001	Colfondos	800227940-6	1.887.600	0	0	0	0	1	1.200	0	1.888.800	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.042.700	0	0	0	0	1	1.300	0	2.044.000	6

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	4.914.800				4.914.800	1	3.100	4.917.900			49.148	4.917.900	32

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.824.600	1	1.800	2.826.400	32

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830504662-0	DC VECO LTDA		CLL 22C 73A 84	3914377	lorenabenavide@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					32	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	16/10/2025	90616416	$21.934.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	2.824.600	2.826.500
Pensión	4	11.356.300	11.363.600
Riesgos Laborales	1	4.914.800	4.917.900
CCF	1	2.824.600	2.826.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	21.920.300	21.934.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	830504662-0	DC VECO LTDA		CLL 22C 73A 84	3914377	lorenabenavide@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					32	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	16/10/2025	90616416	$21.934.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1004225387	LIZCANO RAMIREZ NATALIA	1	0			S	X	X															25-14	1.091.350	174.700	0	0	0	0	EPS002	1.091.350	43.700	14-11	1.091.350	5	76.000	CCF24	1.091.350	43.700	0	0	0	0	0
2	CC	1007817608	SANTA RUBIO MARLON STIVEN	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1013671447	CAVIEDES VERGARA ADRIANA CAROLINA	1	0			S																	231001	2.190.800	350.600	0	0	0	0	EPS017	2.190.800	87.700	14-11	2.190.800	5	152.500	CCF24	2.190.800	87.700	0	0	0	0	0
4	CC	1024563282	CULMA RUBIO SEBASTIAN	1	0			S	X																230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS017	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
5	CC	1032375209	BENAVIDES ABELLA XIMENA LORENA	1	0			S																	25-14	2.100.000	336.000	0	0	0	0	EPS017	2.100.000	84.000	14-11	2.100.000	5	146.200	CCF24	2.100.000	84.000	0	0	0	0	0
6	CC	1065123018	BARRIOS CASTILLO ESTEFANIA	1	0			S	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
7	CC	11230098	GARCIA ALAYON PABLO EMILIO	1	0			S																	230301	1.676.000	268.200	0	0	0	0	EPS002	1.676.000	67.100	14-11	1.676.000	5	116.700	CCF24	1.676.000	67.100	0	0	0	0	0
8	CC	1233501647	BELTRAN BAYONA SEBASTIAN	1	0			S		X															230301	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS008	2.400.000	96.000	14-11	2.400.000	5	167.100	CCF24	2.400.000	96.000	0	0	0	0	0
9	CC	52552631	RAMIREZ BERMUDEZ BLANCA STELLA	1	0			S																	231001	3.300.000	528.000	0	0	0	0	EPS002	3.300.000	132.000	14-11	3.300.000	5	229.700	CCF24	3.300.000	132.000	0	0	0	0	0
10	CC	74322986	MUÑOZ RUIZ JOSE LUCIO	1	0			S																	230201	2.519.420	403.200	0	0	0	0	EPS017	2.519.420	100.800	14-11	2.519.420	5	175.400	CCF24	2.519.420	100.800	0	0	0	0	0
11	CC	1075872692	CAMARON TARAZONA CLAUDIA MILENA	1	0			S	X																230201	1.900.000	304.000	0	0	0	0	EPS017	1.900.000	76.000	14-11	1.900.000	5	132.300	CCF24	1.900.000	76.000	0	0	0	0	0
12	CC	1103364518	SANTOS BAUTISTA RAQUEL YESENIA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
13	CC	1108999995	SANTA RUBIO JAHIDER FABIAN	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
14	CC	1121861822	QUICENO TORRES ELIANA MARISOL	1	0			S	X	X															230301	1.050.000	168.000	0	0	0	0	EPS017	1.050.000	42.000	14-11	1.050.000	5	73.100	CCF24	1.050.000	42.000	0	0	0	0	0
15	CC	79622809	GARCIA MONTAÑO ANDRES	1	0			S	X	X															25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS008	2.400.000	96.000	14-11	2.400.000	5	167.100	CCF24	2.400.000	96.000	0	0	0	0	0
16	CC	79761226	GAONA BAUTISTA YEIMEN	1	0			S																	230301	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS017	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
17	CC	13305553	GUTIERREZ BELIS RAUL	1	0			S	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
18	CC	15309230	MARQUEZ IBAÑEZ NESTOR ALBERTO	1	0			S																	230301	2.160.000	345.600	0	0	0	0	EPS008	2.160.000	86.400	14-11	2.160.000	5	150.400	CCF24	2.160.000	86.400	0	0	0	0	0
19	CC	4119631	SALAMANCA FIGUEROA JOSE MAURICIO	1	0			S																	230201	2.033.380	325.400	0	0	0	0	EPS010	2.033.380	81.400	14-11	2.033.380	5	141.600	CCF24	2.033.380	81.400	0	0	0	0	0
20	CC	52023349	BENAVIDES ABELLA MONICA LUCIA	1	0			S																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	64.000	14-11	1.600.000	5	111.400	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
21	CC	80731111	BENAVIDES ABELLA ORLANDO ALFREDO	1	0			S																	25-14	1.975.000	316.000	0	0	0	0	EPS008	1.975.000	79.000	14-11	1.975.000	5	137.500	CCF24	1.975.000	79.000	0	0	0	0	0
22	CC	80880920	BELTRAN BELTRAN EDILSON	1	0			S		X															230301	950.000	152.000	0	0	0	0	EPS002	950.000	38.000	14-11	950.000	5	66.200	CCF24	950.000	38.000	0	0	0	0	0
23	CC	74750974	GUTIERREZ MONTAÑA JOSE HERNANDO	1	0			S																	230301	2.100.000	336.000	0	0	0	0	EPS017	2.100.000	84.000	14-11	2.100.000	5	146.200	CCF24	2.100.000	84.000	0	0	0	0	0
24	CC	77026275	CASTRO HERNANDEZ DIBER DE JESUS	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
25	CC	79486097	RUEDA GOMEZ WILLIAM IVAN	1	0			S																	230201	2.935.000	469.600	0	0	0	0	EPS008	2.935.000	117.400	14-11	2.935.000	5	204.300	CCF24	2.935.000	117.400	0	0	0	0	0
26	CC	79514953	AVILA BARRETO OSCAR MAURICIO	1	0			S																	230301	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS001	6.000.000	240.000	14-11	6.000.000	5	417.600	CCF24	6.000.000	240.000	0	0	0	0	0
27	CC	91130694	ZARATE BARBOSA OMAR ALFONSO	1	0			S																	25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS005	2.400.000	96.000	14-11	2.400.000	5	167.100	CCF24	2.400.000	96.000	0	0	0	0	0
28	CC	1013636946	PORTILLA LINARES ALEX GABRIEL	1	0			S																	25-14	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS008	2.800.000	112.000	14-11	2.800.000	5	194.900	CCF24	2.800.000	112.000	0	0	0	0	0
29	CC	79761815	PULGARIN GARZON CAMPO ELIAS	1	0			S																	231001	2.805.867	449.000	0	0	0	0	EPS008	2.805.867	112.300	14-11	2.805.867	5	195.300	CCF24	2.805.867	112.300	0	0	0	0	0
30	CC	79955899	MARTINEZ HERNANDEZ HUGO ENRIQUE	1	0			S																	231001	3.500.000	560.000	0	0	0	0	EPS008	3.500.000	140.000	14-11	3.500.000	5	243.600	CCF24	3.500.000	140.000	0	0	0	0	0
31	CC	80115425	GAONA CARO DARWIN	1	0			S																	230201	2.390.000	382.400	0	0	0	0	EPS017	2.390.000	95.600	14-11	2.390.000	5	166.400	CCF24	2.390.000	95.600	0	0	0	0	0
32	CC	80181507	MARTINEZ DIAZ JOHN JAIRO	1	0			S	X	X															230201	980.000	156.800	0	0	0	0	EPS005	980.000	39.200	14-11	980.000	5	68.300	CCF24	980.000	39.200	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900055521-7	INFRAESTRUCTURA NACIONAL LTDA	CARRERA 49 No. 91-76	6353245	recursoshumanos@grupoymc.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	DEMOLICION 02	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	05/12/2025	92097792	$1.983.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	248.000	0		0		0	1	200	0	248.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	992.000	0	0	31.000	31.000	1	700	200	1.054.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	431.600				431.600	1	300	431.900			4.316	431.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	248.000	1	200	248.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	248.000	248.200
Pensión	1	1.054.000	1.054.900
Riesgos Laborales	1	431.600	431.900
CCF	1	248.000	248.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.981.600	1.983.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900055521-7	INFRAESTRUCTURA NACIONAL LTDA		CARRERA 49 No. 91-76	6353245	recursoshumanos@grupoymc.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	DEMOLICION	02	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	05/12/2025	92097792	$1.983.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79632567	MONTENEGRO CALDERON DUVAN ELIAS	1	0			S																	25-14	6.200.000	992.000	0	0	31.000	31.000	EPS008	6.200.000	248.000	14-11	6.200.000	5	431.600	CCF21	6.200.000	248.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **INFRAESTRUCTURA NACIONAL LTDA**, identificada con **NI** número **900055521**, aportó por **JAVIER RICARDO MONTENEGRO CORTES** identificado(a) con **CC** número **1020811513** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 09 - 2025 y 12 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1												X			0		30	$2,840,000	0.00000	$0	$0	$0	Septiembre - 2025	90439715	07/10/2025	Si
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1												X			0		30	$2,840,000	0.04000	$113,600	$0	$0	Septiembre - 2025	90439715	07/10/2025	Si
230301	Porvenir	1												X			0		30	$2,840,000	0.16000	$454,400	$0	$0	Septiembre - 2025	90439715	07/10/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1												X			0		30	$2,840,000	0.04000	$113,600	$0	$0	Octubre - 2025	90439715	07/10/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$2,840,000	0.00522	$14,900	$0	$0	Octubre - 2025	91465554	14/11/2025	Si
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,840,000	0.04000	$113,600	$0	$0	Octubre - 2025	91465554	14/11/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,840,000	0.16000	$454,400	$0	$0	Octubre - 2025	91465554	14/11/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$2,840,000	0.04000	$113,600	$0	$0	Noviembre - 2025	91465554	14/11/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$2,840,000	0.00522	$14,900	$0	$0	Noviembre - 2025	92111049	05/12/2025	Si
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,840,000	0.04000	$113,600	$0	$0	Noviembre - 2025	92111049	05/12/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,840,000	0.16000	$454,400	$0	$0	Noviembre - 2025	92111049	05/12/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$2,840,000	0.04000	$113,600	$0	$0	Diciembre - 2025	92111049	05/12/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **11** días del mes **Diciembre**de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Certificado de Aportes

Se certifica que JHON MONTERO TORRES identificado(a) con CC 1001284748 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

INFRAESTRUCTURA INTEGRAL SAS NI 900579723

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-11	2025-12	1983875693	9496060608	E	2025-12-05																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$2,100,000	$336,000
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$2,100,000	$146,200
CCF	CAFAM	30	4%	$2,100,000	$84,000
EPS	COMPENSAR	30	4%	$2,100,000	$84,000

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-10	2025-11	1929243124	9494749274	E	2025-11-14									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$2,803,977	$448,700
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$2,803,977	$195,200
CCF	CAFAM	30	4%	$2,803,977	$112,200
EPS	COMPENSAR	30	4%	$2,803,977	$112,200

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-09	2025-10	1842180194	9493046333	E	2025-10-10									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$3,130,909	$501,000
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$3,130,909	$218,000
CCF	CAFAM	30	4%	$3,130,909	$125,300
EPS	COMPENSAR	30	4%	$3,130,909	$125,300

Este certificado se expide el día 2025-12-11 a las 09:16.

Certificado de Aportes

Se certifica que JOSE ANDRES GONZALEZ RAMIREZ identificado(a) con CC 1051287439 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

INFRAESTRUCTURA INTEGRAL SAS NI 900579723

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-11	2025-12	1982673417	9496047957	E	2025-12-04									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$1,932,955	$309,300
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$1,932,955	$134,600
CCF	CAFAM	30	4%	$1,932,955	$77,400
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$1,932,955	$77,400

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-10	2025-11	1920391402	9494609203	E	2025-11-11									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$2,372,727	$379,700
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$2,372,727	$165,200
CCF	CAFAM	30	4%	$2,372,727	$95,000
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$2,372,727	$95,000

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-09	2025-10	1835800676	9493046450	E	2025-10-07									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$2,683,637	$429,400
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$2,683,637	$186,800
CCF	CAFAM	30	4%	$2,683,637	$107,400
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$2,683,637	$107,400

Este certificado se expide el día 2025-12-11 a las 09:12.

Certificado de Aportes

Se certifica que SANTIAGO DELGADO CARDOZO identificado(a) con CC 1007157324 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

INFRAESTRUCTURA INTEGRAL SAS NI 900579723

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-11	2025-12	1982673417	9496047957	E	2025-12-04	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	6	16%	$360,000	$57,600
ARL	ARL SURA	6	6.96%	$360,000	$25,100
CCF	CAFAM	6	4%	$360,000	$14,400
EPS	FAMISANAR	6	4%	$360,000	$14,400

Este certificado se expide el día 2025-12-11 a las 09:14.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JOSE WILLIAM GUARNIZO CAMPOS identificado(a) con CC 93150661 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSORCIO OBRAS 2022 NI 901583119

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-11	2025-12	1999038404	9496289708	E	2025-12-11																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$1,423,500	$227,800
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$1,423,500	$99,100
CCF	CAFAM	30	4%	$1,423,500	$57,000
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$1,423,500	$57,000

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-10	2025-11	1929325802	9494750428	E	2025-11-14																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$1,423,500	$227,800
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$1,423,500	$99,100
CCF	CAFAM	30	4%	$1,300,000	$52,000
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$1,423,500	$57,000

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-09	2025-10	1843545792	9493150395	E	2025-10-10									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$1,423,500	$227,800
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$1,423,500	$99,100
CCF	CAFAM	30	4%	$1,372,793	$55,000
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$1,423,500	$57,000

Este certificado se expide el día 2025-12-11 a las 09:33.

Planilla de seguridad social:
Carlos Fernando Marin Santamaria

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 91301238	9	MARIN SANTAMARIA CARLOS FERNANDO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 51SUR # 516-89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7920894	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2004700224	9496403152	E	2025/12/10	2025/12/15	BANCOLOMBIA		$531,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (2 Afiliados)																																
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (2 Afiliados)																																
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																																
1	CC	1003842617	CASCAVITA YARA EDWIN ALEXANDER																			230301	30	EPS017	30	CCF21	30	14-11	30	6.960%	30	Si
2	CC	1024540040	GIRALDO GIRALDO TULIO LEON	X																		230301	6	EPS017	6	CCF21	6	14-11	6	6.960%	6	Si
Total			**Afiliados(2)**																													

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$273,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$273,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$119,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$119,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$68,400
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$68,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$68,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$68,400
TOTAL				**2**	**$529,200**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91301238		MARIN SANTAMARIA CARLOS FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 32 Sur # 51 G 89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4397070	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1957010987	9495173147	I	2025/12/10	2025/11/26	BANCOLOMBIA	0	$531,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	91301238	MARIN CARLOS																		25-14	30	$1,500,000	$240,000	EPS017	30	$1,500,000	$187,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,500,000	$104,400	0	$0	$0	No	$531,900
Total	**Afiliados(1)**																						$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$104,400		$0	$0		$531,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91301238		MARIN SANTAMARIA CARLOS FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 32 Sur # 51 G 89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4397070	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1957010987	9495173147	I	2025/12/10	2025/11/26	BANCOLOMBIA	0	$531,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$0	$0	$240,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$240,000	$0	$0	$240,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$104,400	$0	$0	$104,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$104,400	$0	$0	$104,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$187,500	$0	$0	$187,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$187,500	$0	$0	$187,500
TOTAL				**1**	**$531,900**	**$0**	**$0**	**$531,900**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 91301238	9	MARIN SANTAMARIA CARLOS FERNANDO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 51SUR # 516-89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7920894	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2021471947	9496649022	E	2025/12/10	2025/12/19	BANCOLOMBIA		$2,040,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (6 Afiliados)																							**$6,548,100**	**$1,048,000**			**$6,548,100**	**$262,200**			**$6,548,100**	**$262,200**			**$6,548,100**		**$456,000**		**$0**	**$0**		**$2,028,400**
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (6 Afiliados)																							**$6,548,100**	**$1,048,000**			**$6,548,100**	**$262,200**			**$6,548,100**	**$262,200**			**$6,548,100**		**$456,000**		**$0**	**$0**		**$2,028,400**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																							**$6,548,100**	**$1,048,000**			**$6,548,100**	**$262,200**			**$6,548,100**	**$262,200**			**$6,548,100**		**$456,000**		**$0**	**$0**		**$2,028,400**
1	CC	5046985	CANTILLO DAIRO																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	108312070	CASTRO LUIS	X																	230201	23	$1,091,350	$174,700	EPS005	23	$1,091,350	$43,700	CCF21	23	$1,091,350	$43,700	14-11	23	$1,091,350	6.960%	$76,000	23	$0	$0	Si	$338,100
3	CC	1013659041	JAIMES JOHANA	X	X																230301	2	$94,900	$15,200	EPS005	2	$94,900	$3,800	CCF21	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	6.960%	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
4	CC	1001325512	LOPEZ ESTEFANNY																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
5	CC	1004345801	MARTINEZ ELKIN																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
6	CC	1079658005	RUEDA NORBERTO	X																	230201	23	$1,091,350	$174,700	EPS041	23	$1,091,350	$43,700	CCF21	23	$1,091,350	$43,700	14-11	23	$1,091,350	6.960%	$76,000	23	$0	$0	Si	$338,100
Total			**Afiliados(6)**																				$6,548,100	$1,048,000			$6,548,100	$262,200			$6,548,100	$262,200			$6,548,100		$456,000		$0	$0		$2,028,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$1,048,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$470,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$577,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$456,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	6	$456,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$262,200
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	6	$262,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$262,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$57,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$43,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$104,500
TOTAL				**6**	**$2,028,400**

Planilla de seguridad social:
G2 Vigilancia

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co

Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que RAFAEL HUMBERTO QUIROZ TIBOCHE identificado(a) con CC 79603654 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

SEGURIDAD G2 LTDA NI 901192349

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-11	2025-12	1998651948	9496280396	E	2025-12-11									X		X						

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	6	16%	$415,985	$66,600
AFP	PORVENIR	24	16%	$1,138,800	$182,300
ARL	COLPATRIA ARP	6	4.35%	$415,985	$18,100
ARL	COLPATRIA ARP	24	0%	$1,138,800	$0
CCF	COLSUBSIDIO	6	4%	$415,985	$16,700
CCF	COLSUBSIDIO	24	0%	$1,138,800	$0
EPS	SALUD TOTAL	6	4%	$415,985	$16,700
EPS	SALUD TOTAL	24	4%	$1,138,800	$45,600

Este certificado se expide el día 2025-12-15 a las 11:10.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que GABRIEL CASTRO identificado(a) con CC 3019812 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

SEGURIDAD G2 LTDA NI 901192349

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-11	2025-12	1998651948	9496280396	E	2025-12-11									X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
ARL	COLPATRIA ARP	30	4.35%	$2,079,922	$90,500
CCF	COLSUBSIDIO	30	4%	$2,079,922	$83,200
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$2,079,922	$83,200

Este certificado se expide el día 2025-12-23 a las 10:46.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que LUIS CARLOS OSORIO CARDONA identificado(a) con CC 1032462279 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

SEGURIDAD G2 LTDA NI 901192349

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-12	2026-01	2080486278	9497871540	E	2026-01-14	X	X							X								

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	20	16%	$1,386,614	$221,900
ARL	COLPATRIA ARP	20	4.35%	$1,386,614	$60,400
CCF	COLSUBSIDIO	20	4%	$1,386,614	$55,500
EPS	FAMISANAR	20	4%	$1,386,614	$55,500

Este certificado se expide el día 2026-01-23 a las 10:48.

Planilla de seguridad social: Construacabados y Soluciones

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co

Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901708477	8	CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	TV 80 N° 65 F 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7456993	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2016625588	9496572656	E	2025/12/18	2025/12/17	BANCO CAJA SOCIAL	0	$264,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (3 Afiliados)						$854,100	$136,800			$854,100	$34,200			$854,100	$34,200			$854,100	$59,700		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (3 Afiliados)						$854,100	$136,800			$854,100	$34,200			$854,100	$34,200			$854,100	$59,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)						$854,100	$136,800			$854,100	$34,200			$854,100	$34,200			$854,100	$59,700		$0	$0
1	CC	1000179036	NIÑO DEIVER	230201	6	$284,700	$45,600	EPS005	6	$284,700	$11,400	CCF21	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0
2	CC	79945447	NIÑO LUIS	230201	6	$284,700	$45,600	EPS017	6	$284,700	$11,400	CCF21	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0
3	CC	1012327563	RAMIREZ SANTIAGO	230301	6	$284,700	$45,600	EPS008	6	$284,700	$11,400	CCF21	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0
Total			**Afiliados(3)**			$854,100	$136,800			$854,100	$34,200			$854,100	$34,200			$854,100	$59,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901708477	8	CONSTRUACABADOS Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	TV 80 N° 65 F 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7456993	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2016625588	9496572656	E	2025/12/18	2025/12/17	BANCO CAJA SOCIAL	0	$264,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$136,800	$0	$0	$136,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$45,600	$0	$0	$45,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$91,200	$0	$0	$91,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$59,700	$0	$0	$59,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$59,700	$0	$0	$59,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$34,200	$0	$0	$34,200
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	3	$34,200	$0	$0	$34,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$34,200	$0	$0	$34,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$11,400	$0	$0	$11,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$11,400	$0	$0	$11,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$11,400	$0	$0	$11,400
TOTAL				**3**	**$264,900**	**$0**	**$0**	**$264,900**

Anexo 3 – Inspecciones de herramientas

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

Inspecciones de herramienta: Herramienta menor

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

□□□□□□ 1 d□ 1	□□□□EM□ DE GE□□□ON DE □EGURI□D□D □ □□□UD EN E□ □R□□□□O	
□□r□□□□□□□ 0 2 d□ 1		
□OD□GO □N□□□□□□□□00□	□N□□E□□□□N DE HERR□M□EN□□□	
□E□H□□06□01□2026		

EM□RE□□□ □ON□OR□□O O□R□□ □□O□O□ MG

□UG□R DE □N□□E□□□□N□O□R□ □□O□O□ □OM□ERO□

□E□H□□ DE□ 22□12□202□ □□□ 22□12□202□

DESCRIPCION	UN	ESTADO			OBSERVACIONES
		B	M	NA	
M□□HE□E	1	□			
M□R□□□□O	1	□			
□□□□	□	□			
□□RR□	1	□			
ME□RO	2	□			
M□□E□□	1	□			
□□□□□	1	□			
□HO□□DOR□	1	□			
□□□U□□RE□	□	□			
□□RRE□□□□□	□	□			
□□□□N	1	□			
E□□EN□□ONE□	2	□			

RESPONSABLE INSPECCIÓN: *JESSICA CARRILLO* *FIRMA:*

RESPONSABLE SST: *SSICA CARRILLO* *FIRMA:*

E□□□OR□DO □OR□	RE□□□□DO □OR□	□□RO□□DO □OR□	□□D□GO□□ORM□□□□0012
			□E□H□ 06□01□2026
□r□□□□□□□□□□□□	D□□□□□r d□ O□r□	R□□r□□□□□□□□□ □□□□□	□ER□□ON□0□2

Inspecciones de herramienta: Taladro inalámbrico

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

	PREOPERACIONAL TALADRO INALAMBRICO	PRE-SST-014 Versión: 2 Fecha: 19/12/2025

1. DATOS DEL EQUIPO

MARCA: Dewalt	FECHA: De 27-11-2025 al 29-11-2025
SERIAL: DCD797	MODELO: DEWALT D-65509
PROYECTO: CONSORCIO OBRAS CAOBO M.G	

2. LISTADO DE ACTIVIDADES

B: BIEN, M: MAL; N/A: NO APLICA

DESCRIPCIÓN	VERIFICACION						
	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
Control de torque	—	—	—	B	B	B	—
Porta brocas	—	—	—	B	B	B	—
Luz led	—	—	—	B	B	B	—
Gatillo de control de velocidad	—	—	—	B	B	B	—
Bateria	—	—	—	B	B	B	—
Conmutador selección de marchas	—	—	—	B	B	B	—
Motor	—	—	—	B	B	B	—
Boton inalambrico avance reproceso	—	—	—	B	B	B	—
Empuñadora	—	—	—	B	B	B	—
¿SE ENCUENTRA EN OPSTIMAS CONDICIONES PARA SU USO?	—	—	—	SI	SI	SI	—



3. COMENTARIOS / OBSERVACIONES:

4. DATOS DE CONTROL

RESPONSABLES	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
OPERADOR: Luis Eduardo Niño A	—	—	—	LNYS	LNYS	LNYS	—
SUPERVISOR: Santiago Rueda Cano	—	—	—				—
RESPONSABLE SST: Jessica Camillo M	—	—	—				—

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	Código: PRE-SST-014
			Fecha Modificación: 18/11/2025
Professional SST	Director de Obra	Representante Legal	Revisión No. 1

	PREOPERACIONAL TALADRO INALAMBRICO	PRE-SST-014 Versión: 2 Fecha: 19/12/2025

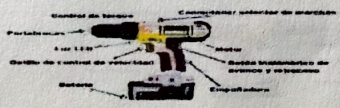
1. DATOS DEL EQUIPO

MARCA: Dewalt | FECHA: De 01-12-2025 al 06-12-2025
SERIAL: DCD 791 | MODELO: DEWALT, D-65509
PROYECTO: CONSORCIO OBRAS CAOBO M.G

2. LISTADO DE ACTIVIDADES

B: BIEN, M: MAL; N/A: NO APLICA

DESCRIPCIÓN	VERIFICACION						
	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
Control de torque	B	B	B	–	B	B	–
Porta brocas	B	B	B	–	B	B	–
Luz led	B	B	B	–	B	B	–
Gatillo de control de velocidad	B	B	B	–	B	B	–
Bateria	B	B	B	–	B	B	–
Conmutador selección de marchas	B	B	B	–	B	B	–
Motor	B	B	B	–	B	B	–
Boton inalambrico avance reproceso	B	B	B	–	B	B	–
Empuñadora	B	B	B	–	B	B	–
¿SE ENCUENTRA EN OPSTIMAS CONDICIONES PARA SU USO?	Si	Si	Si	–	Si	Si	–



3. COMENTARIOS / OBSERVACIONES:

4. DATOS DE CONTROL

RESPONSABLES	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
OPERADOR: Luis Eduardo Niño A	LNS	LNS	LNS	–	LNS	LNS	–
SUPERVISOR: Santiago Rueda Cano				–			–
RESPONSABLE SST: Jessica X. Carrillo M				–			–

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	Código: PRE-SST-014
			Fecha Modificación: 18/11/2025
Professional SST	Director de Obra	Representante Legal	Revisión No. 1

	PREOPERACIONAL TALADRO INALAMBRICO	PRE-SST-014 Versión: 2 Fecha: 19/12/2025

1. DATOS DEL EQUIPO

MARCA: Dewalt
SERIAL: DCD797
PROYECTO: CONSORCIO OBRAS CAOBO M.G
FECHA: De 08-12-2025 al 13-12-2025
MODELO: DEWALT, D -65509

2. LISTADO DE ACTIVIDADES

B: BIEN, M: MAL; N/A: NO APLICA

DESCRIPCIÓN	VERIFICACION						
	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
Control de torque	B	B	B	B	B	B	-
Porta brocas	B	B	B	B	B	B	-
Luz led	B	B	B	B	B	B	-
Gatillo de control de velocidad	B	B	B	B	B	B	-
Bateria	B	B	B	B	B	B	-
Conmutador selección de marchas	B	B	B	B	B	B	-
Motor	B	B	B	B	B	B	-
Boton inalambrico avance reproceso	B	B	B	B	B	B	-
Empuñadora	B	B	B	B	B	B	-
¿SE ENCUENTRA EN OPSTIMAS CONDICIONES PARA SU USO?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-



3. COMENTARIOS / OBSERVACIONES:

4. DATOS DE CONTROL

RESPONSABLES	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
OPERADOR: Luis Eduardo Niño A	LN	LN	LN	LN	LN	LN	-
SUPERVISOR: Hugo Andres Moreno	HM	HM	HM	HM	HM	HM	-
RESPONSABLE SST: Jessica X. Camilo							-

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	Código: PRE-SST-014
			Fecha Modificación: 18/11/2025
Professional SST	Director de Obra	Representante Legal	Revisión No. 1

	PREOPERACIONAL TALADRO INALAMBRICO	PRE-SST-014 Versión: 2 Fecha: 19/12/2025

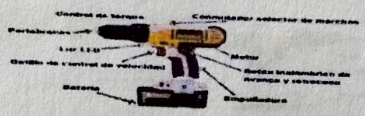
1. DATOS DEL EQUIPO

MARCA: Dewalt
SERIAL: DCD791
PROYECTO: CONSORCIO OBRAS CAOBO M.G
FECHA: De 15-12-2025 al 2012-2025
MODELO: DEWALT, D-65509

2. LISTADO DE ACTIVIDADES

B: BIEN, M: MAL; N/A: NO APLICA

DESCRIPCIÓN	VERIFICACION						
	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
Control de torque	B	–	B	B	B	B	–
Porta brocas	B	–	B	B	B	B	–
Luz led	B	–	B	B	B	B	–
Gatillo de control de velocidad	B	–	B	B	B	B	–
Bateria	B	–	B	B	B	B	–
Conmutador selección de marchas	B	–	B	B	B	B	–
Motor	B	–	B	B	B	B	–
Boton inalambrico avance reproceso	B	–	B	B	B	B	–
Empuñadora	B	–	B	B	B	B	–
¿SE ENCUENTRA EN OPSTIMAS CONDICIONES PARA SU USO?	Si	–	Si	Si	Si	Si	–



3. COMENTARIOS / OBSERVACIONES:

4. DATOS DE CONTROL

RESPONSABLES	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
OPERADOR: Luis Eduardo Niño A	LEN	–	LEN	LEN	LEN	LEN	–
SUPERVISOR: Hugo Andres Moreno	HAM	–	HAM	HAM	HAM	HAM	–
RESPONSABLE SST: Jessica X. Carrillo M							–

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	Código: PRE-SST-014
			Fecha Modificación: 18/11/2025
Professional SST	Director de Obra	Representante Legal	Revisión No. 1

	PREOPERACIONAL TALADRO INALAMBRICO	PRE-SST-014 Versión: 2 Fecha: 19/12/2025

1. DATOS DEL EQUIPO

MARCA: Dewalt	FECHA: De 22-12-2025 al 27-12-2025
SERIAL: DCD791	MODELO: DEWALT, D-65509
PROYECTO: CONSORCIO OBRAS CAOBO M.G	

2. LISTADO DE ACTIVIDADES

B: BIEN, M: MAL; N/A: NO APLICA

DESCRIPCIÓN	VERIFICACION						
	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
Control de torque	B	B	—	—	B	B	—
Porta brocas	B	B	—	—	B	B	—
Luz led	B	B	—	—	B	B	—
Gatillo de control de velocidad	B	B	—	—	B	B	—
Bateria	B	B	—	—	B	B	—
Conmutador selección de marchas	B	B	—	—	B	B	—
Motor	B	B	—	—	B	B	—
Boton inalambrico avance reproceso	B	B	—	—	B	B	—
Empuñadora	B	B	—	—	B	B	—
¿SE ENCUENTRA EN OPSTIMAS CONDICIONES PARA SU USO?	SI	SI	✓	✓	SI	SI	✓



3. COMENTARIOS / OBSERVACIONES:

4. DATOS DE CONTROL

RESPONSABLES	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
OPERADOR: Luis Eduardo Niño Luis Fenay Barrera	LUIS	LUIS	LUIS	LUIS	LUIS	LUIS	—
SUPERVISOR: Hugo Andres Moreno	H	H	—	—	H	H	—
RESPONSABLE SST: Jessica X. Camelo M	J	J	—	—	J	J	—

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	Código: PRE-SST-014
			Fecha Modificación: 18/11/2025
Professional SST	Director de Obra	Representante Legal	**Revisión No. 1**

Inspecciones de herramienta: Equipo de soldadura

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

	PREOPERACIONAL EQUIPO DE SOLDAR REVESTIDO	PRE-SST-015 Versión: 1 Fecha: 18/11/2025

1. DATOS DEL EQUIPO

MARCA: Lion — FECHA: De 26-11-2025 al 29-11-2025

PLACA: Modelo MA 140

PROYECTO: CONSORCIO OBRAS CAOBO M.G

2. LISTADO DE ACTIVIDADES

B: BIEN, M: MAL; N/A: NO APLICA

DESCRIPCIÓN	VERIFICACIÓN						
	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
Equipo limpio sin suciedad o polvo en todas sus partes			B	B	B		
Protección del equipo en buen estado			B	B	B		
El ventilador del equipo se encuentra en buen estado			B	B	B		
La manija de traslado se encuentra fija y completa			B	B	B		
La perilla selectora de amperaje se encuentra completa			B	B	B		
Voltaje y el amperaje			B	B	B		
Las pinzas portaelectrodos se encuentran en buenas condiciones			B	B	B		
El cable porta electrodo se encuentra recubierto de material aislante sin enmendaduras			B	B	B		
La pinza de masa se encuentra en buen estado			B	B	B		
El cable de masa se encuentra recubierto de material aislante sin enmendaduras			B	B	B		
El interruptor de encendido y apagado se encuentra en buen estado			B	B	B		
Estado general del equipo			B	B	B		
Se utilizan adecuadamente los EPP para la tarea			B	B	B		



3. COMENTARIOS / OBSERVACIONES:

4. DATOS DE CONTROL

RESPONSABLES	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB	DOM
OPERADOR: Juan Carlos Mendez R							
SUPERVISOR: Santiago Rueda							
RESPONSABLE SST: Jassica Ximena Camilo M							

Inspecciones de herramienta: Pulidora

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

	PREOPERACIONAL EQUIPO PULIDORA	PRE-SST-003 Versión: 1 Fecha: 15/11/2025

1. DATOS DEL EQUIPO

MARCA: Makita

PLACA: 32821 FECHA: De 06-12-2025 al: 13-12-2025

PROYECTO: CONSORCIO OBRAS CAOBO M.G

2. LISTADO DE ACTIVIDADES

B: BIEN, M: MAL; N/A: NO APLICA

DESCRIPCIÓN	VERIFICACION						
	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB.	DOM
Se verifico el estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)			B	B		B	
Estado de instalación del disco (insertación)			B	B		B	
Cuenta con acoples adecuados para los accesorios			B	B		B	
Estado e instalación del mango			B	B		B	
Estado del interruptor y su seguro			B	B		B	
Estado de la guía de la guarda			B	B		B	
Se utiliza accesorios apropiados para los rpm			B	B		B	
Se utiliza accesorios apropiado para la tarea			B	B		B	
Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc)			B	B		B	
Se utilizan adecuadamente los EPP para la tarea			B	A		B	
Estado del disco			B	B		B	
La toma de alimentación está en buen estado			B	B		B	
El cable de alimentación está en buen estado			B	B		B	
El enchufe está en buenas condiciones			B	B		B	



3. COMENTARIOS / OBSERVACIONES:

4. DATOS DE CONTROL

RESPONSABLES	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB.	DOM
OPERADOR: Luis E Niño A							
SUPERVISOR: Hugo Moreno							
RESPONSABLE SST: Jessica V. Camilo M							

	PREOPERACIONAL EQUIPO PULIDORA	PRE-SST-003 Versión: 1 Fecha: 15/11/2025

1. DATOS DEL EQUIPO

MARCA: Makita | FECHA: De 08-12-25 al: 13-12-25

PLACA:

PROYECTO: CONSORCIO OB RAS CAOBO M.G

2. LISTADO DE ACTIVIDADES

B: BIEN, M: MAL; N/A: NO APLICA

DESCRIPCIÓN	VERIFICACION						
	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB.	DOM
Se verifico el estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)					B		
Estado de instalación del disco (insertación)					B		
Cuenta con acoples adecuados para los accesorios					B		
Estado e instalación del mango					B		
Estado del interruptor y su seguro					B		
Estado de la guía de la guarda					B		
Se utiliza accesorios apropiados para los rpm					B		
Se utiliza accesorios apropiado para la tarea					B		
Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc)							
Se utilizan adecuadamente los EPP para la tarea					B		
Estado del disco					B		
La toma de alimentación está en buen estado					B		
El cable de alimentación está en buen estado					B		
El enchufe está en buenas condiciones					B		



3. COMENTARIOS / OBSERVACIONES:

Limpieza del equipo al terminar jornada laboral

4. DATOS DE CONTROL

RESPONSABLES	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB.	DOM
OPERADOR: Farley Benitez					LUIS		
SUPERVISOR: Hugo Moreno							
RESPONSABLE SST: Jessica Carrillo							

	PREOPERACIONAL EQUIPO PULIDORA	PRE-SST-003 Versión: 1 Fecha: 15/11/2025

1. DATOS DEL EQUIPO

MARCA: Makita | FECHA: De 08-12-2025 al: 13-12-2025

PLACA:

PROYECTO: CONSORCIO OB RAS CAOBO M.G

2. LISTADO DE ACTIVIDADES

B: BIEN, M: MAL; N/A: NO APLICA

DESCRIPCIÓN	VERIFICACION						
	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB.	DOM
Se verifico el estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)					B		
Estado de instalación del disco (insertación)					B		
Cuenta con acoples adecuados para los accesorios					B		
Estado e instalación del mango					B		
Estado del interruptor y su seguro					B		
Estado de la guía de la guarda							
Se utiliza accesorios apropiados para los rpm					B		
Se utiliza accesorios apropiado para la tarea					B		
Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc)					B		
Se utilizan adecuadamente los EPP para la tarea					M		
Estado del disco					B		
La toma de alimentación está en buen estado					B		
El cable de alimentación está en buen estado					B		
El enchufe está en buenas condiciones					B		



3. COMENTARIOS / OBSERVACIONES:

Limpieza del equipo al terminar jornada laboral

4. DATOS DE CONTROL

RESPONSABLES	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB.	DOM
OPERADOR: Ever Meneses					EVER		
SUPERVISOR: Hugo Mercado							
RESPONSABLE SST: Jessica Y. Carrillo M							

	PREOPERACIONAL EQUIPO PULIDORA	PRE-SST-003 Versión: 1 Fecha: 15/11/2025

1. DATOS DEL EQUIPO

MARCA: Makita | FECHA: De 12-12-2025 al: 13-12-2025

PLACA:

PROYECTO: CONSORCIO OB RAS CAOBO M.G

2. LISTADO DE ACTIVIDADES

B: BIEN, M: MAL; N/A: NO APLICA

DESCRIPCIÓN	VERIFICACION						
	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB.	DOM
Se verifico el estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)					B		
Estado de instalación del disco (insertación)					B		
Cuenta con acoples adecuados para los accesorios					B		
Estado e instalación del mango					B		
Estado del interruptor y su seguro					B		
Estado de la guía de la guarda					B		
Se utiliza accesorios apropiados para los rpm					B		
Se utiliza accesorios apropiado para la tarea					B		
Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc)					B		
Se utilizan adecuadamente los EPP para la tarea					B		
Estado del disco					B		
La toma de alimentación está en buen estado					B		
El cable de alimentación está en buen estado					B		
El enchufe está en buenas condiciones					B		



3. COMENTARIOS / OBSERVACIONES:

4. DATOS DE CONTROL

RESPONSABLES	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB.	DOM
OPERADOR: Santiago A Ramirez							
SUPERVISOR: Hugo Moreno							
RESPONSABLE SST: Jessica X. Carrillo M							

Inspecciones de herramienta: Retroexcavadora de oruga

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

Demoliciones Difuentes

INSPECCION PREOPERACIONAL RETROEXCAVADORA DE ORUGA

CODIGO: SST-FO-38
VERSION: 00
FECHA: 01/08/2024

FECHA: 15 12 2025 Del: 15 12 2025 Al: 20 12 2025
MARCA: Hitachi 75 MODELO: 2000 SERIE 17C 29107
PROYECTO: OPERADOR: Ivan Ballesteros

ITEM	CONCEPTO	LUNES			MARTES			MIERC.			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMIN.		
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A
LUCES	Frontales de trabajo	✓			✓			✓			✓			✓								
	Traseras de trabajo	✓			✓			✓			✓			✓								
CABINA	Espejos laterales	✓			✓			✓			✓			✓								
	Cinturon de Seguridad	✓			✓			✓			✓			✓								
	Extintor de Incendio	✓			✓			✓			✓			✓								
	Silla en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓								
	Vidrio Panoramico en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓								
	Indicadores(Hidraulico, refrigerante, horometro, aceite motor, combustible)	✓ ✓			✓ ✓			✓ ✓			✓			✓ ✓								
	Control Ingreso humo (tubo de espape)	✓			✓			✓			✓			✓								
	Alarma de retroceso - Pito*	✓			✓			✓			✓			✓								
	Palancas y Pedales en buen estado*	✓			✓			✓			✓			✓								
	Escalera y apoyos de acceso*	✓			✓			✓			✓			✓								
	Bateria y Cables	✓			✓			✓			✓			✓								
ESTADO MECANICO	Control de fugas hidraulicas	✓			✓			✓			✓			✓								
	Estado de pasadores	✓			✓			✓			✓			✓								
	Orugas tensionadas*	✓			✓			✓			✓			✓								
	Mecanismo de giro*	✓			✓			✓			✓			✓								
	Corona de tornamesa en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓								
	Mando de avance*	✓			✓			✓			✓			✓								
	Mando de estacionamiento*	✓			✓			✓			✓			✓								
	Estado general desgarrador (balde)	✓			✓			✓			✓			✓								
	Mandos de levante de brazo	✓			✓			✓			✓			✓								
	Mando final	✓			✓			✓			✓			✓								
	Cilindros en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓								
	Compartimiento del motor aseado	✓			✓			✓			✓			✓								
	Manguera de agua y alta presion	✓			✓			✓			✓			✓								
	Zapatas	✓			✓			✓			✓			✓								
	Rodillos inferiores y superiores	✓			✓			✓			✓			✓								
	Kit de derrames		✓			✓			✓			✓			✓							

* Novedades impiden operación del vehiculo

NOMBRE	FIRMA						
Operador: Ivan Ballesteros							
Inspector SST:							

OBSERVACIONES

Demoliciones Fuentes	INSPECCION PREOPERACIONAL RETROEXCAVADORA DE ORUGA	CODIGO: SST-FO-38
		VERSION: 00
		FECHA: 01/08/2024

FECHA: 29 12 2025	Del: 29 12 2025	Al: 03 01 2026	
MARCA: HITACHI	MODELO: 200	SERIE	MC 299107
PROYECTO:		OPERADOR:	

ITEM	CONCEPTO	LUNES			MARTES			MIERC.			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMIN.		
		B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A	B	M	N/A
LUCES	Frontales de trabajo	✓			✓			✓						✓								
	Traseras de trabajo	✓			✓			✓						✓								
CABINA	Espejos laterales				✓			✓						✓								
	Cinturon de Seguridad				✓			✓						✓								
	Extintor de Incendio				✓			✓						✓								
	Silla en buen estado	✓			✓			✓						✓								
	Vidrio Panoramico en buen e[illegible]	✓			✓			✓						✓								
	Indicadores(Hidraulico, re[illegible] horometro, aceite mo[illegible]	✓			✓			✓						✓								
	Control Ingreso [illegible] e)	✓			✓			✓						✓								
	Alarma de re[illegible] F[illegible]*	✓			✓			✓						✓								
	Pa[illegible] Pa[illegible] [illegible] tado*	✓			✓			✓						✓								
	[illegible] *	✓			✓			✓						✓								
	[illegible]	✓			✓			✓						✓								
ESTADO MECANICO	[illegible] licas	✓			✓			✓						✓								
	[illegible]	✓			✓			✓						✓								
	[illegible] as*	✓			✓			✓						✓								
	[illegible] - giro*	✓			✓			✓						✓								
	[illegible] ponamesa en buen estado	✓			✓			✓						✓								
	[illegible] de avance*	✓			✓			✓						✓								
	[illegible] de estacionamiento*	✓			✓			✓						✓								
	[illegible] general desgarrador (balde)	✓			✓			✓						✓								
	[illegible] dos de levante de brazo	✓			✓			✓						✓								
	[illegible] ando final	✓			✓			✓						✓								
	[illegible] ndros en buen estado	✓			✓			✓						✓								
	Compartimiento del motor aseado	✓			✓			✓						✓								
	Manguera de agua y alta presion	✓			✓			✓						✓								
	Zapatas	✓			✓			✓						✓								
	Rodillos inferiores y superiores	✓			✓			✓						✓								
	Kit de derrames		✓			✓			✓						✓							

* Novedades impiden operación del vehiculo

NOMBRE	FIRMA
Operador: [illegible]	[illegible]
Inspector SST: Jessica Carrillo	[illegible]

OBSERVACIONES

Anexo 4 – Permisos de trabajo

Permisos de trabajo:
Taladro inalámbrico

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

□OD□GO□□ORM□□□□0□□	□□□EM□ DE GE□□ON DE □□ □EGUR□D□D □ □□□UD EN E□□R□□□□O	
□□G□N□□1 d□2	□ERM□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON□0□2		

□ □r□□□□□ □□□E□r□□□□ □□□r□□□□
□r□□□□□ □□ □□□r□□
□ □r□□□□□ □□ □□□□□□

□ □r□□□□□ □□ E□□□□□□ □ □□□□d□□
□r□□□□□d□ □□□□ □M□□□□□□□ □□r□□□
□r□□□□□E□□□□□□□□□

1. DATOS GENERALES

FECHA DE EXPEDICIÓN				
	dd	mm	aa	Hora
Desde	27	11	2025	
Hasta	29	11	2025	

Herramientas y/o Equipos a Utilizar:

TALADRO INALAMBRICO

Descripción del Trabajo a Realizar:

REALIZACIÓN DE CAMPAMENTO EN OBRA

PERSONAL DIRECTO: SI [ ] NO [X] **SUBCONTRATISTA** SI [X] NO [ ]

Nombre y Apellido	Cedula	Compañía	Firma	ESTADO DE SALUD									
				E□□ □□ □□□d□□□□□ □□□□ □□d□ □□□□d □□r□ r□□□□r □□r□□□□□		□□□□□□ □□□□ □□□ □ □ □ d□□□□ □□□□□ □□□ □□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□r□□□□□		□□r□ d□ □□□□□□□□ □ □r□□□ □ □□r□□□□		□□ □□□□ □ □d□ □ □□□ □□□r□□□		□□□□ □□r□□□□d □ □□ r□□□□□ □□ □□□r□ □□□□□□	
				□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO
□U□ EDU□RDO N□O	□□□□□□□□	□ON□□RU□□□□□DO□ □ □O□U□□ONE□		□			□		□		□		□

□OD□GO□□ORM□□□□0□□	□□□□EM□ DE GE□□□ON DE □EGUR□D□D □ □□□DU EN E□ □R□□□□O	
□□G□N□□2 d□□2	□ERM□□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON□0□2		

2. LISTA DE VERIFICACIÓN

2.1 LLENAR PARA TODOS LOS PERMISOS	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□□□r□□□□ □□□□□ □□□r□□□d□ □□ □□□□□□□□□□□□□□□□r□□□□ □□□□□ □ □□□ □□□r□□□□□□□□ d□ □□□□r d□d □□d□□r□□□ □□□□□r □□ □□ □□□□□□□□□ d□□□r□□□□□ □																					
□□ □□ □□□□□□d □ □ □□r□□□□□□□□□□ d□□□r□□□□□□□□□□□□□□ □ □r□□ □□□□□d□ □□r □□ □□□□□□□□□ d□□□□□□□□r□□□□ □□□□□ □□r□d□ □□□□□r □□□□ □□□□r□□□□□ □																					
□□ □□r□□□□□d□ □□ □□□□□□□□ □r□□□□ d□□ □□r□□□□□□ □□□□□□□□□ □□ □□□r□□□□□ □□□ □□□□□□□ □ □r□□ □ d□ □□□ □□□d□□□□□□□ d□ □□□□r d□d □																					
□□□ □□rr□□ □□□□□□□□□ □□□□□□□□ □ □□□□□□□□ □□□□ □□□ □□□r□□ □□r□ □□□□□r □□□r□□□□□ □□□□ □d□ □□□□□□□□□□□□d□□□ □ □□ □□□□ □□r□□□d□ □□□□ □□□d□□□□□□□ d□ □□□□r d□d □																					
□□ □□□□□□ □□□ □□□□ □□□□□d□ □r□□□□□□ □□r□□□□□ □□□rd□□ □□□□ □□□r□□□□□□ d□□□□□□□d□□ □ □□□□ □□□ □□r□□□d□□ □□r□□□□□□r □□□r□□□□□□ □□ □□ □□□□□□□□r□□ □□ □□□□□□□ □□d□□□□□□□□□□ □																					
□□□ r□□□□□d□r□□ □□□□□□□□ □□□ □ □ddd□□ d□ □r□□□□□□□□ □d□□ □r□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□ □□□r□ □□□ □□□□r□□ □d□r□□□□□ d□ □□□ r□□□□□□ □r□□□□□r □																					

2.2 TRABAJO CON ENERGIAS PELIGROSAS	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□ d□□□□□□□d □ □□□□□□ □□□□ □□ □□□□□d□ □□□□r□□□ □E□□□r□□□□N□□□□ □□□□□□□□ □□□ □□□□Hdr□□□□□□□□r□ □□□□M□□□□□□□□□□□□□□□

□OD:GO□□ORM□□□□0□□	□□□EM□ DE GE□□ON DE □□ □EGUR:D□D □ □□□UD EN E□□R□□□□O	CONSORCIO OBRAS CAOBOS NIT
□□G:N□□1 d□2	□ERM□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON:□2		

□ □r□□□□□ □□□E□□r□□□□ □□□□r□□□□
□r□□□□□ □□ □□□r□□
□ □r□□□□□ □□ □□□□□□□

□r□□□□□ □□ E□□□□□□ □ □□□□□d□□
□r□□□□□d□ □□□□ □M□□□□□□□□ □□r□□□
□r□□□□□E□□□□□□□□□

1. DATOS GENERALES

FECHA DE EXPEDICIÓN				
	dd	mm	aa	Hora
Desde	1	12	2025	
Hasta	6	12	2025	

Herramientas y/o Equipos a Utilizar:

TALADRO INALAMBRICO

Descripción del Trabajo a Realizar:

REALIZACIÓN DE CAMPAMENTO EN OBRA

PERSONAL DIRECTO: SI [ ] NO [X] **SUBCONTRATISTA** SI [X] NO [ ]

Nombre y Apellido	Cedula	Compañía	Firma	ESTADO DE SALUD									
				E□□ □□ □□□d□□□□□ □□□□ □□d□ □□□d □□r□ r□□□□r □□r□□□□□		□□□□□□ □□□□ □□ □ □ □d□□□ □□□□ □□□ □□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□r□□□□□		□□□r□ d□ □□□□□□□□ □ □r□□□ □ □□r□□□□		□□ □□□□ □ □d□ □ □□□ □□□r□□□		□□□□ □□r□□□□d□ □□ r□□□□□ □□ □□□r□ □□□□□□□	
				□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO
□U□ EDU□RDO N□O	□□□□□□□□	□ON□□RU□□□□□DO□ □ □O□U□□ONE□		□			□		□		□		□

□OD□GO□□ORM□□□□0□□	□□□□EM□ DE GE□□□ON DE □EGUR□D□D □ □□□DU EN E□ □R□□□□O	
□□G□N□□2 d□□2	□ERM□□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON□0□2		

2. LISTA DE VERIFICACIÓN

2.1 LLENAR PARA TODOS LOS PERMISOS	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□□□r□□□□ □□□□□ □□□r□□□d□ □□ □□□□□□□□□□□□□□r□□□□ □□□□ □ □□□ □□□r□□□□□□□ d□ □□□□r d□d □d□□r□□□ □□□□□r □□ □□ □□□□□□□□ d□□□r□□□□□ □																					
□□ □□ □□□□□□d □ □□r□□□□□□□□□ d□□□r□□□□□□□□□□□□ □ □r□□ □□□□□d□ □□r □□ □□□□□□□□ d□□□□□□□□r□□□□ □□□□ □□□r□□□□□ □□□□□□r □□□□ □□□□□r□□□□□ □																					
□□ □□r□□□□□d□ □□ □□□□□□□ □r□□□□d□ □□□r□□□□□ □□□□□□□□□ □□ □□□r□□□□□ □□□ □□□□□□□ □ □r□□ □ d□ □□□ □□□d□□□□□□ d□ □□□□r d□d □																					
□□□ □□r□□ □□□□□□□□□ □□□□□□□□ □ □□□□□□□□ □□□□ □□□ □□□r□□ □□□r□□□□□□ □□□r□□□□□□ □□□□ □□□ □□□□□□□□□□□□□□□□ □□ □□ □□□□ □□r□□□d□ □□ □□□r□□□□□r □□□r□□□□□□ □																					
□□ □□□□□□□ □□□ □□□□ □□□□□□d□ □r□□□□□□□ □□r□□□□□ □□□□rd□ □□□□ □□□r□□□□□□ d□□□□□□□d□□ □ □□□□ □□□ □□r□□□d□□ □□□r□□□□□r □□□r□□□□□□□ □ □□ □□□□□□□□r□□ □□ □□□□□□□ □□□d□□□□□□□ □																					
□□□ r□□□□□d□r□□ □□□□□□□□ □□□ □ □ddd□□ d□ □r□□□□□□□□ □ d□□ □r□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□ □□□r□ □□□ □□□□r□□ d□□r□□□□□ d□ □□□ r□□□□□□ □r□□□□r □																					

2.2 TRABAJO CON ENERGIAS PELIGROSAS	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□ d□□□□□□□d □ □□□□□□ □□□□ □□ □□□□□d□ □□□□r□□□ □E□□□r□□□□N□□□□ □□□□□□□□ □□□ □□□□Hdr□□□□□□□□□r□ □□□□M□□□□□□□□□□□□□□□

□OD:GO □□ORM□□□□0□□	□□□EM□ DE GE□□ON DE □□ □EGUR:D□D □ □□□UD EN E□□R□□□□O	CONSORCIO OBRAS CAOBOS NL
□□G:N□□1 d□2	□ERM□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON:□0 2		

□ □r□□□□□ □□□E□□r□□□□ □□□□r□□□□
□r□□□□□ □□ □□□r□□
□ □r□□□□□ □□ □□□□□□□

□r□□□□□ □□ E□□□□□□ □ □□□□□d□□
□r□□□□□d□ □□□□ □M□□□□□□□□ □□r□□□
□r□□□□□E□□□□□□□□□

1. DATOS GENERALES

FECHA DE EXPEDICIÓN				
	dd	mm	aa	Hora
Desde	8	12	2025	
Hasta	13	12	2025	

Herramientas y/o Equipos a Utilizar:

TALADRO INALAMBRICO

Descripción del Trabajo a Realizar:

REALIZACIÓN DE BAÑOS

PERSONAL DIRECTO: SI [ ] NO [X] **SUBCONTRATISTA** SI [X] NO [ ]

Nombre y Apellido	Cedula	Compañía	Firma	ESTADO DE SALUD									
				E□□ □□ □□□d□□□□□ □□□□ □□d□ □□□□d □□r□ r□□□□r □□r□□□□□		□□□□□□ □□□□ □□□ □ □ □ d□□□□ □□□□ □□□ □□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□r□□□□□		□□r□ d□ □□□□□□□□ □ □r□□□ □ □□r□□□□		□□ □□□□ □ □d□ □ □□□ □□□r□□□		□□□□ □□r□□□□d□ □□ r□□□□□ □□ □□□r□ □□□□□□□	
				□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO
□U□ EDU□RDO N□O	□□□□□□□□	□ON□□RU□□□□□□DO□ □ □O□U□□ONE□		□			□		□		□		□

□OD□GO□□ORM□□□□0□□	□□□□EM□ DE GE□□□ON DE □EGUR□D□D □ □□□DU EN E□ □R□□□□O	
□□G□N□□2 d□□2	□ERM□□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON□0□2		

2. LISTA DE VERIFICACIÓN

2.1 LLENAR PARA TODOS LOS PERMISOS	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□□□r□□□□ □□□□□ □□□r□□□d□ □□ □□□□□□□□□□□□□□r□□□□ □□□□□ □ □□□ □□□r□□□□□□□ d□ □□□□r d□d □d□□r□□□ □□□□□r □□ □□ □□□□□□□□□ d□□□r□□□□□ □																					
□□ □□ □□□□□□d □ □□r□□□□□□□□□ d□□□r□□□□□□□□□□□□□ □ □r□□ □□□□□d□ □□r □□ □□□□□□□□□ d□□□□□□□□r□□□□ □□□□ □□□r□ □□□□□□□□ □																					
□□ □□r□□□□□d□ □□ □□□□□□□□ □r□□□□d□ □□□r□□□□□ □□□□□□□□□ □□ □□□r□□□□□ □□□ □□□□□□□ □ □r□□ □ d□ □□□ □□□d□□□□□□ d□ □□□□r d□d □																					
□□□ □□rr□□ □□□□□□□□□ □□□□□□□□ □ □□□□□□□□ □□□□ □□□ □□□r□□ □□r□r□□□□□r □□□r□□□□□ □□□□ □d□ □□□□□□□□□□□□d□□□ □ □□ □□□□ □□r□□□d□ □□□□ □□□d□□□□□□□ d□ □□□□□r d□d □																					
□□ □□□□□□ □□□ □□□□ □□□□□d□ □r□□□□□□ □□r□□□□□ □□□rd□□ □□□□ □□□r□□□□□□ d□□□□□□□d□□ □ □□□□ □□□ □□r□□□d□□ □□r□r□□□□□r □□□r□□□□□□ □ □□ □□□□□□□□r□□ □□ □□□□□□□ □□□d□□□□□□□ □																					
□□□ r□□□□□d□r□□ □□□□□□□□ □□□ □ □ddd□□ d□ □r□□□□□□□□ □d□□ □r□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□ □□□r□ □□□ □□□□r□□ d□r□□□□□ d□ □□□ r□□□□□□ □r□□□□r □																					

2.2 TRABAJO CON ENERGIAS PELIGROSAS	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□ d□□□□□□d □ □□□□□□ □□□□ □□ □□□□□d□ □□□□r□□□ □E□□□r□□□□N□□□□ □□□□□□□□ □□□ □□□□Hdr□□□□□□□□□r□ □□□□M□□□□□□□□□□□□□

□OD□GO□□ORM□□□□0□□	□□□EM□ DE GE□□ON DE □□ □EGUR□D□D □ □□□UD EN E□□R□□□□O	
□□G.N□□1 d□2	□ERM□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON□0□2		

□ □r□□□□□ □□□E□r□□□□ □□□r□□□□
□r□□□□□ □□ □□□r□□
□ □r□□□□□ □□ □□□□□□

□r□□□□□ □□ E□□□□□□ □ □□□□d□□
□r□□□□□d□ □□□□ □M□□□□□□□ □□r□□□
□r□□□□□E□□□□□□□□□

1. DATOS GENERALES

FECHA DE EXPEDICIÓN				
	dd	mm	aa	Hora
Desde	15	12	2025	
Hasta	20	12	2025	

Herramientas y/o Equipos a Utilizar:

TALADRO INALAMBRICO

Descripción del Trabajo a Realizar:

INSTALACION DE VENTANAS Y PUERTAS EN AREA ADMINISTRATIVA E INTERVENTORIA

PERSONAL DIRECTO: SI [ ] NO [X] **SUBCONTRATISTA** SI [X] NO [ ]

Nombre y Apellido	Cedula	Compañía	Firma	ESTADO DE SALUD									
				E□□ □□ □□□d□□□□□ □□□□ □□d□ □□□d □□r□ r□□□□r □□r□□□□□		□□□□□□ □□□□ □□ □ □ □d□□□□ □□□□□ □□□ □□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□r□□□□□		□□r□ d□ □□□□□□□□ □ r□□□ □ □□r□□□□		□□ □□□□ □ □d□ □ □□□ □□□r□□□		□□□□ □□r□□□□d □ □□ r□□□□□ □□ □□□r□ □□□□□□	
				□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO
□U□ EDU□RDO N□O	□□□□□□□□	□ON□□RU□□□□□DO□ □ □O□U□□ONE□		□			□		□		□		□

□OD□GO□□ORM□□□□0□□	□□□□EM□ DE GE□□□ON DE □EGUR□D□D □ □□□DU EN E□ □R□□□□O	
□□G□N□□2 d□□2	□ERM□□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON□0□2		

2. LISTA DE VERIFICACIÓN

2.1 LLENAR PARA TODOS LOS PERMISOS

	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□□□r□□□□ □□□□□ □□□r□□□d□ □□ □□□□□□□□□□□□□□r□□□□ □□□□ □ □□□ □□□r□□□□□□□ d□ □□□□r d□d □□d□r□□□ □□□□□r □□ □□ □□□□□□□□ d□□□r□□□□□ □																					
□□ □□ □□□□□□d □ □□r□□□□□□□□□ d□□□r□□□□□□□□□□□□□ □ □r□□ □□□□□d□ □□r □□ □□□□□□□□ d□□□□□□□r□□□□ □□□□ □□□r□□□□□ □																					
□□ □□r□□□□□d□ □□ □□□□□□□ □r□□□□d□ □□□r□□□□□ □□□□□□□□ □□ □□□r□□□□□ □□□ □□□□□□□ □ □r□□ □ d□ □□□ □□□d□□□□□□ d□ □□□□r d□d □																					
□□□ □□r□□ □□□□□□□□□ □□□□□□□□ □ □□□□□□□□ □□□□ □□□ □□□r□□ □□r□ □□□□□r □□□r□□□□□ □□□□ □□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□ □□ □□ □□□□ □□r□□□d□ □□□ □□□□ □□□d□□□□□□□ d□ □□□□□r d□d □																					
□□ □□□□□□ □□□ □□□□ □□□□□□d□ □r□□□□□□ □□r□□□□□ □□□rd□□ □□□□ □□□ □r□□□□□□ d□□□□□□□d□□ □ □□□□ □□□ □□r□□□d□□ □□□r□□□□□r □□□r□□□□□□ □ □□ □□□□□□□□r□□ □□ □□□□□□□ □□□d□□□□□□□□ □																					
□□□ □r□□□□□d□r□□ □□□□□□□□ □□□ □ □ddd□□ d□ □r□□□□□□□□ □d□□ □r□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□ □□□r□ □□□ □□□□r□□ d□r□□□□□ □□□ □r□□□□□□ □r□□□□r □																					

2.2 TRABAJO CON ENERGIAS PELIGROSAS

	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□ d□□□□□□□d □ □□□□□□ □□□□ □□ □□□□□d□ □□□□r□□□ □E□□□r□□□□N□□□□ □□□□□□□□ □□□ □□□□Hdr□□□□□□□□r□ □□□□M□□□□□□□□□□□□□□□

□OD□GO□□ORM□□□□0□□	□□□EM□ DE GE□□ON DE □□ □EGUR□D□D □ □□□UD EN E□□R□□□□O	CONSORCIO OBRAS CAOBOS NL
□□G.N□□1 d□2	□ERM□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON:□0 2		

□ □r□□□□□ □□□□E□□r□□□□ □□□□r□□□□
□r□□□□□ □□ □□□r□□
□ □r□□□□□ □□ □□□□□□□

□r□□□□□ □□ E□□□□□□ □ □□□□□d□□
□r□□□□□d□ □□□□ □M□□□□□□□□ □□r□□□
□r□□□□□E□□□□□□□□□

1. DATOS GENERALES

FECHA DE EXPEDICIÓN				
	dd	mm	aa	Hora
Desde	22	12	2025	
Hasta	27	12	2025	

Herramientas y/o Equipos a Utilizar:

TALADRO INALAMBRICO

Descripción del Trabajo a Realizar:

REALIZACION DE BAÑOS DE CONTRATISTAS

PERSONAL DIRECTO: SI [ ] NO [X] **SUBCONTRATISTA** SI [X] NO [ ]

Nombre y Apellido	Cedula	Compañía	Firma	ESTADO DE SALUD									
				E□□ □□ □□□d□□□□□ □□□□ □□d□ □□□□d □□r□ r□□□□r □□r□□□□□		□□□□□□ □□□□ □□□ □ □ □d□□□□ □□□□□ □□□ □□□□□□ □□□□□□□□□ □□□□□□□r□□□□□		□□r□ d□ □□□□□□□□□ □ r□□□ □ □□r□□□□		□□ □□□□ □ □d□ □ □□□ □□□r□□□		□□□□ □□r□□□□d □ □□ r□□□□□ □□ □□□r□ □□□□□□□	
				□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO
□U□ EDU□RDO N□O	□□□□□□□□	□ON□□RU□□□□□□DO□ □ □O□U□□ONE□		□			□		□		□		□

□OD□GO□□ORM□□□□0□□	□□□□EM□ DE GE□□□ON DE □EGUR□D□D □ □□□DU EN E□ □R□□□□O	
□□G□N□□2 d□□2	□ERM□□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON□0□2		

2. LISTA DE VERIFICACIÓN

2.1 LLENAR PARA TODOS LOS PERMISOS	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□□□r□□□□ □□□□□ □□□r□□□d□ □□ □□□□□□□□□□□□□□r□□□□ □□□□ □ □□□ □□□r□□□□□□□ d□ □□□□r d□d □□d□□r□□□ □□□□□r □□ □□ □□□□□□□□ d□□□r□□□□□ □																					
□□ □□ □□□□□□d □ □□r□□□□□□□□□ d□□□r□□□□□□□□□□□□□ □ □r□□ □□□□□d□ □□r □□ □□□□□□□□ d□□□□□□□□r□□□□ □□□□ □□□r□d□ □□□□□r □□□□ □□□□r□□□□□ □																					
□□ □□r□□□□□d□ □□ □□□□□□□ □r□□□□ d□□ □□r□□□□□ □□□□□□□□ □□ □□□r□□□□□ □□□ □□□□□□□ □ □r□□ □ d□ □□□ □□□d□□□□□□ d□ □□□□r d□d □																					
□□□ □□r□□ □□□□□□□□□ □□□□□□□□ □ □□□□□□□□ □□□□ □□□ □□□r□□ □□r□ □□□□□r □□□r□□□□□□ □□□□ □□□d□ □□□□□□□□□□□□d□□□ □ □□ □□□□ □□r□□□d□ □□□□ □□□d□□□□□□□ d□ □□□□□r d□d □																					
□□ □□□□□□ □□□ □□□□ □□□□□d□ □r□□□□□□ □□r□□□□□ □□□rd□□ □□□□ □□□r□□□□□□ d□□□□□□□d□□ □ □□□□ □□□ □□r□□□d□□ □□r□□r□□□□r □□□r□□□□□ □ □□ □□□□□□□r□□ □□ □□□□□□□ □□□d□□□□□□□ □																					
□□□ □r□□□□d□r□□ □□□□□□□□ □□□ □ □ddd□□ d□ □r□□□□□□□□ □d□□ □r□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□ □□□r□ □□□ □□□□r□□ d□r□□□□□ □□r□□□□□r □																					

2.2 TRABAJO CON ENERGIAS PELIGROSAS	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□ d□□□□□□□d □ □□□□□□ □□□□ □□ □□□□□d□ □□□□r□□□ □E□□□r□□□□N□□□□ □□□□□□□□ □□□ □□□□□Hdr□□□□□□□□□r□ □□□□M□□□□□□□□□□□□□

Permisos de trabajo:
Equipo de soldadura

Bogotá: 57 (1) 2573051
Barranquilla: 57 (5) 3393035
jbocanegra@daimco.com.co
Calle 44B N° 57A- 52 Barrio La Esmeralda Bogotá D.C. - Colombia
Carrera 43B N° 85 - 76 Oficina 212 Barrio La Campiña Barranquilla - Colombia

□OD:GO□□ORM□□□□0□□	□□□EM□ DE GE□□ON DE □□ □EGUR:D□D □ □□□UD EN E□□R□□□□O	CONSORCIO OBRAS CAUCASO SAS
□□G:N□□1 d□2	□ERM□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON:0'2		

□ □r□□□□□ □□□E□r□□□□ □□□r□□□□
□r□□□□□ □□ □□r□□
□ □r□□□□□ □□ □□□□□□

□r□□□□□ □□ E□□□□□□ □ □□□□d□□
□r□□□□□d□ □□□□ □M□□□□□□□ □□r□□□
□r□□□□□E□□□□□□□□□

1. DATOS GENERALES

FECHA DE EXPEDICIÓN				
	dd	mm	aa	Hora
Desde	26	11	2025	
Hasta	29	11	2025	

Herramientas y/o Equipos a Utilizar:

EQUIPO DE SOLDADURA REVESTIDO

Descripción del Trabajo a Realizar:

REALIZACIÓN DE CAMPAMENTO EN OBRA

PERSONAL DIRECTO: SI [ ] NO [X] **SUBCONTRATISTA** SI [X] NO [ ]

Nombre y Apellido	Cedula	Compañía	Firma	ESTADO DE SALUD									
				E□□ □□ □□□d□□□□□ □□□□ □□d□ □□□□d □□r□ r□□□□r □□r□□□□□		□□□□□□ □□□□ □□ □ □ □d□□□□ □□□□□ □□□ □□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□r□□□□□		□□□r□ d□ □□□□□□□□□ □ □r□□□ □ □□r□□□□		□□ □□□□□ □ □□d□ □ □□□ □□□r□□□		□□□□ □□r□□□□d□ □□ r□□□□□ □□ □□□r□ □□□□□□□	
				□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO	□□	NO
□U□N □□R□O□ MENDE□ RO□□□	□01□□□□□	MG □ON□□RU□□□ONE□ □□□		□			□		□		□		□

□OD□GO□□ORM□□□□0□□	□□□□EM□ DE GE□□□ON DE □EGUR□D□D □ □□□DU EN E□ □R□□□□O	
□□G□N□□2 d□□2	□ERM□□O DE □R□□□□O UN□ER□□□	
□ER□□ON□0□2		

2. LISTA DE VERIFICACIÓN

2.1 LLENAR PARA TODOS LOS PERMISOS	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□□□r□□□□ □□□□□ □□□r□□□d□ □□ □□□□□□□□□□□□□□□□r□□□□ □□□□□ □ □□□ □□□r□□□□□□□□ d□ □□□□r d□d □d□□r□□□ □□□□□r □□ □□ □□□□□□□□□ d□□□r□□□□□ □																					
□□ □□ □□□□□□d □ □□r□□□□□□□□□ d□□□r□□□□□□□□□□□□□□ □ □r□□ □□□□□d□ □□r □□ □□□□□□□□□ d□□□□□□□□r□□□□ □□□□ □□□□r□□□□□ □																					
□□ □□r□□□□□d□ □□ □□□□□□□□ □r□□□□ d□ □□□r□□□□□ □□□□□□□□□ □□ □□□r□□□□□ □□□ □□□□□□□□ □ □r□□ □ d□ □□□ □□□d□□□□□□ d□ □□□□r d□d □																					
□□□ □□r□□ □□□□□□□□□ □□□□□□□□ □ □□□□□□□□ □□□□ □□□ □□□r□□ □□r□□□□□□r □□□r□□□□□ □□□□ □□□d□ □□□□□□□□□□□□d□□□ □ □□ □□□□ □□r□□□d□ □□□□ □□□d□□□□□□□ d□ □□□□□r d□d □																					
□□ □□□□□□ □□□ □□□□ □□□□□□d□ □r□□□□□□□ □□r□□□□□ □□□rd□□ □□□□ □□□ □□r□□□□□□ d□□□□□□□d□□ □ □□□□ □□□ □□r□□□d□□ □□□r□□□□r□□□r□□□□r □ □□ □□□□□□□□r□□ □□ □□□□□□□ □□□d□□□□□□□□ □																					
□□□ □r□□□□□d□r□□ □□□□□□□□ □□□ □ □ddd□□ d□ □r□□□□□□□□ □d□□ □r□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□ □□□r□ □□□ □□□□r□□□ d□r□□□□□□□ □□r□□□□r □																					

2.2 TRABAJO CON ENERGIAS PELIGROSAS	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
□□ □□ d□□□□□□d □ □□□□□□ □□□□ □□ □□□□□d□ □□□□r□□□ □E□□□r□□□□N□□□□ □□□□□□□□ □□□ □□□□Hdr□□□□□□□□r□ □□□□M□□□□□□□□□□□□□□□