ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

El suscrito supervisor/interventor, CERTIFICA que el contratista relacionado a continuación ha cumplido a satisfacción con el objeto y las obligaciones del Contrato en el periodo aquí relacionado. Teniendo en cuenta lo anterior se puede proceder al pago respectivo.

1. Contrato: 129-497-2025
2. Tipo de Contrato: OBRA
3. Contratista: Daza Arquitectura Sas
4. NIT / C.C.: NIT 901649021
5. Objeto: Contratar el mantenimiento integral y/o reparaciones locativas de los predios y del mobiliario distrital administrado directa o indirectamente por le DADEP, de acuerdo con las condiciones particulares de cada bien
6. Plazo Inicial del Contrato: 6mes(es) o hasta agotar recursos
7. Valor Inicial Pactado: Doscientos Noventa Millones Pesos M/Cte. ($290,000,000.00)
8. Fecha Iniciación: 29 de diciembre de 2025
9. Fecha Inicial Terminación: 28 de junio de 2026
10. Modificaciones
11. Suspensiones
12. Nuevo Valor
13. Nueva Fecha Terminación
14. Cesiones N/A
15. Valor a Pagar: Ciento Cuarenta Y Cinco Millones Cuatrocientos Treinta Y Tres Mil Novecientos Sesenta Y Siete Pesos M/Cte. ($145,433,967.00)

RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR POR:			IVA	TOTAL
	SERVICIOS	HONORARIOS	COMPRAS/ REPUESTOS		
01**Consolidación de la defensa del espacio público - Servicio de información actualizado	145,433,967.00	0.00	0.00	0.00	145,433,967.00
TOTALES	145,433,967.00	0.00	0.00	0.00	145,433,967.00

16. Numero de Pago: 1
17. Factura/Informe Actividades: DARQ 4 de 19/03/2026
18. Período certificado: Desde 29 de diciembre de 2025 Hasta 28 de Febrero de 2026

Nota: Manifiesto que firmaré la certificación correspondiente, aclarando que la revisión y aprobación de informes estuvo a cargo del anterior Subdirector, dado que mi nombramiento se hizo efectivo a partir del 2 de marzo del 2026.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

19. Codigo CIIU 4330 Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil

20. Porcentaje % de ejecución PPTAL: 50.15%

21. Forma de Pago:

El Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público pagará AL CONTRATISTA el valor total del contrato por el cumplimiento de actividades en mensualidades vencidas, de acuerdo con la prestación del servicio efectivamente ejecutado; teniendo en cuenta los valores señalados para cada ítem en su propuesta económica, previa presentación de la factura respectiva, aprobación de la misma y certificación de cumplimiento expedida por quien ejerce la supervisión del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: Para el pago, EL CONTRATISTA debe radicar la factura e informe correspondiente el cual debe contener una relación de las actividades por predio de las obras ejecutadas, registro fotográfico, copia de actas de inicio y recibo a conformidad de las actividades adelantadas aprobadas por parte de la supervisor del Contrato, junto con el soporte o certificación del pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y Parafiscales de acuerdo con lo señalado en al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 modificado por el artículo 1 de la Ley 828 de 2003, Ley 1122 de 2007 y demás normas vigentes que regulan la materia.

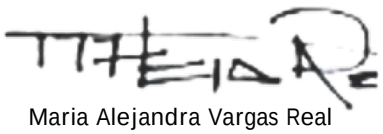
PARÁGRAFO SEGUNDO: Para el pago, el supervisor designado por del DADEP debe expedir un certificado de recibo a satisfacción del bien o servicio. Cuando se trate de pagos sucesivos o periódicos, para el último pago se deberá suscribir por las partes la respectiva acta de liquidación del contrato.

PARÁGRAFO TERCERO: El pago se efectuará, por parte del DADEP, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la correcta presentación de la factura e informe, previo el lleno de los requisitos establecidos para tal efecto. Si la factura no ha sido correctamente elaborada o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, los términos para éste sólo empezarán a contarse desde la fecha en que se presenten debidamente corregidas o desde que se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del C

Se verificó que el contratista cumplió con la obligación de efectuar los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 del Decreto 1703 de 2002, Ley 828 de 2003 y demás normas concordantes, para lo cual se anexan las certificaciones de pago.

En constancia se firma a los 20 días del mes de marzo de 2026

SUPERVISOR



Maria Alejandra Vargas Real
Subdirector/A De Gestión Inmobiliaria Y Del Espacio Publico (E)

Outlook

Radicación de cuenta contrato 129-497-2025 Daza arquitectura SAS

Desde Licitaciones CRDR <licitacionescrdr@gmail.com>
Fecha Jue 19/03/2026 6:18 PM
Para correspondencia externa <correspondencia.externa@dadep.gov.co>

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
DADEP

20264000079902
Fecha: 2026-03-20 Hora: 08:17:52 Folios: 1
Código de Verificación: 9t+tD8
Radicador: EAHERNANDEZ
Remitente: ESPACIO OBJETIVO SAS
Visítenos en: www.dadep.gov.co

Cordial saludo,

Departamento de Licitaciones
CAROLINA LOPEZ CRUZ
Espacio Objetivo SAS
Phone 6017061785
Mobile: +57 322 216 32 81
Bogota-Colombia (South America)

- 1. Documentos Legales y Administrativos.rar
- 2. Informes Tecnicos y de Avance de Obra.rar
- 3. Documentos de Control y Seguimiento.rar
- 4. Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestion Ambiental (SST).rar

DAZA ARQUITECTURA SAS

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764104041212 que habilita desde DARQ 3 hasta DARQ 500. Vence 2026-12-30 **Actividad Económica ICA 4111 6.90 X 1000**	**PERSONA JURIDICA** **REGIMEN COMÚN** **NIT: 901.649.021-1**	**Factura Electrónica De Venta No** **DARQ** **4**

FECHA FACTURA:	19 de marzo de 2026	**FECHA VENCIMIENTO:**	18 de abril de 2026

SEÑORES:
BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA DEFENSORIA DEL ESPACIO PUBLICO

NIT: 899999061 9

DIRECCIÓN: CR 30 25 90 P 15
CORREO CLIEN lpperez@shd.gov.co
TELÉFONO: 6013822510
CIUDAD: Bogota D.C.
FORMA DE PAGO: Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	4130950	Servicio de Obra Valor a cancelar por concepto corte de obra No. 1 Contrato o Convenio No. 129-497-2025 del 29-12-2025 Periodo de diciembre de 2025 a 28 de febrero de 2026 Cuyo objeto es: Contratar el mantenimiento integral y/o reparaciones locativas de los predios y del mobiliario distrital administrado directa o indirectamente por el DADEP, de acuerdo con las condiciones particulares de cada bien	1,00	Und.	121.194.972,50	0%	0,00	121.194.972,50
2	4130950	Administración 13%	1,00	Und.	15.755.346,43	0%	0,00	15.755.346,43
3	4130950	Imprevistos 2%	1,00	Und.	2.423.899,45	0%	0,00	2.423.899,45
4	4130950	Utilidad 5%	1,00	Und.	6.059.748,63	0%	0,00	6.059.748,63

Total líneas o ítems: 4

Valor en Letras
CIENTO CUARENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ARTICULO 772 A 774 DEL CODIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO OPORTUNO DE ESTA FACTURA CAUSARA LOS INTERESES MORATORIOS A LA MAXIMA TASA PERMITIDA POR LA LEY.

SUBTOTAL BRUTO	**145.433.967,00**
IVA	**0,00**
TOTAL FACTURA	**145.433.967,00**

OBSERVACIONES

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 23/02/2026 08:50:31

DG 48 19 50 Teléfono 2664664 Bogota D.C.
daza.arquitecturasas@gmail.com

CUFE: e6ff42e9908c9279818be0a6747f285ef86a9a5544dd3959eeff1246f80c7b1a65de05afee049d271e184d686e3149fa --Expedición: 19/03/2026 05:52 PM
Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS	DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	10/12/2025	92096451	$3.455.600	

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	57.000	0		0		0	6	300	0	57.300	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	57.000	0		0		0	6	300	0	57.300	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	188.000	0		0		0	6	800	0	188.800	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	57.000	0		0		0	6	300	0	57.300	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	100.000	0		0		0	6	400	0	100.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	109.600	0		0		0	6	500	0	110.100	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	65.300	0		0		0	6	300	0	65.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	579.800	0	0	0	0	6	2.200	0	582.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	893.800	0	0	0	0	6	3.400	0	897.200	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	261.200	0	0	0	0	6	1.000	0	262.200	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	597.700				597.700	6	2.300	600.000			5.977	600.000	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	475.600	6	1.800	477.400	8

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS		DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	10/12/2025	92096451	$3.455.600	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	7	633.900	636.800
Pensión	3	1.734.800	1.741.400
Riesgos Laborales	1	597.700	600.000
CCF	1	475.600	477.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	3.442.000	3.455.600

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS		DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	10/12/2025	92096451	$3.455.600	

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	Exonerado	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	1002631719	RODRIGUEZ TORRES SAUL STYBEN	1	0			S							X										230201	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS005	2.200.000	88.000	14-4	2.200.000	5	153.200	CCF21	2.200.000	66.000	0	0	0	0	0
2	CC	1013259072	SALAMANCA DAZA RAUL ALEJANDRO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	1	7.500	CCF21	1.423.500	42.800	0	0	0	0	0
3	CC	1013593736	LOPEZ CRUZ MARIA CAROLINA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS001	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	1	7.500	CCF21	1.423.500	42.800	0	0	0	0	0
4	CC	1018510675	DAZA CASAS CARLOS SANTIAGO	1	0			S																	230301	2.738.500	438.200	0	0	0	0	EPS017	2.738.500	109.600	14-4	2.738.500	5	190.600	CCF21	2.738.500	82.200	0	0	0	0	0
5	CC	1105783171	GARCIA LONDOÑO CARLOS MANUEL	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	42.800	0	0	0	0	0
6	CC	19466490	DAZA RAMIREZ LUIS JORGE	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-4	2.500.000	1	13.100	CCF21	2.500.000	75.000	0	0	0	0	0
7	CC	51957795	DAZA RAMIREZ DALIA	1	4			S																		0	0	0	0	0	0	EPS010	2.500.000	100.000	14-4	2.500.000	1	13.100	CCF21	2.500.000	75.000	0	0	0	0	0
8	CC	52117129	CAMARGO MORA YOLANDA	1	0			S																	25-14	1.632.146	261.200	0	0	0	0	EPS037	1.632.146	65.300	14-4	1.632.146	5	113.600	CCF21	1.632.146	49.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79277369
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS RODOLFO DAZA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 62 # 97 - 35	TELÉFONO:	7537114
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Terminación y acabado de edificios y obras de ing
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7997710996**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/01/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			2083542654

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 500.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500.000	$ 0	$ 0	$ 500.000
SUBTOTALES:													**$ 500.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 500.000**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 278.400	$ 278.400	$ 0	$ 0	$ 278.400
SUBTOTALES:									**$ 278.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 278.400**

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		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1012415534
Nombre:	MICHAEL STEVEN PARRA LEON
Fecha Ingreso:	16/02/2026
Salario básico:	3,600,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	12/02/2026 05:34:31 p. m.

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012675243
9012675243

No. de Radicación SAT: 30298310

Fecha de Radicación: D 13 D | M 02 M | A 2026 A

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: X	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia: X; - Beneficiario o afiliado adicional:	A. Contributivo: X	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades:	B. Colectiva:	B. Subsidiado:	NO:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	C. Institucional:			C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	D. De oficio:			D. Afiliado adicional:		

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: PARRA	Segundo Apellido: LEON	Primer Nombre: MICHAEL	Segundo Nombre: STEVEN

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1012415534	Femenino: ; Masculino: X	Femenino: ; Masculino: X; T: ; NB: ; Otro: ; Cual:	COLOMBIANO/COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento – País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	DISTRITO	BOGOTA	D 19 D | M 10 M | A 1994 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
6	NINGUNO	SI: ; NO: X	SI: ; NO:	Nivel: 0 ; Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR S. A.	$3.600.000	

26. Residencia – Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CALLE 61 B SUR 81 H 11	NT	3227619745	mastparra@hotmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
DISTRITO CAPITAL	BOGOTA		Cabezera Municipal: X; 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	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PRIMERO DE MAYO	1669
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)
DAZA ARQUITECTURA S A S	NT	901649021	

59. Ubicación				
DG 48 19 50 (Dirección)	32221632 (Teléfono)	daza. (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 [X] 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
SALUD TOTAL S.A.	D D M M A A A A: 13 01 2026	Código: 5	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[X] 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.
[X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
[X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
[X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales 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.
[ ] 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
Michael Parra.	

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL ANEXOS
Cantidad:									

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: INGENIERO CIVIL

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.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	80746194
Nombre:	DIEGO ARMANDO TORRES CHAPARRO
Fecha Ingreso:	17/02/2026
Salario básico:	3,500,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	16/02/2026 02:47:31 p. m.

Bogotá, 18/02/2026

Señor(a)
DIEGO ARMANDO TORRES CHAPARRO
C – 80746194

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016346260
Fecha Radicación: 02/16/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa DAZA ARQUITECTURA S A S N 901649021, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 3500000.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
DIEGO ARMANDO TORRES CHAPARRO	C	11/22/1983	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 03/16/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: DG 48 19 50
Dirección Laboral: DG 48 19 50
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 02/17/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

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

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS	DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	15/01/2026	5177196	$3.767.200	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	57.000	0		0		0	8	300	0	57.300	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	57.000	0		0		0	8	300	0	57.300	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	400.500	0		0		0	8	2.000	0	402.500	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	57.000	0		0		0	8	300	0	57.300	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	100.000	0		0		0	8	500	0	100.500	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	109.600	0		0		0	8	600	0	110.200	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	65.300	0		0		0	8	400	0	65.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	579.800	0	0	0	0	8	2.900	0	582.700	2
230301	Porvenir	800224808-8	893.800	0	0	0	0	8	4.400	0	898.200	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	261.200	0	0	0	0	8	1.300	0	262.500	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	597.700				597.700	8	3.000	600.700			5.977	600.700	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	475.600	8	2.400	478.000	8

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS		DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	15/01/2026	5177196	$3.767.200	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
37.500	8	200	37.700	1
ICBF				
56.300	8	300	56.600	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	846.400	850.800
Pensión	3	1.734.800	1.743.400
Riesgos Laborales	1	597.700	600.700
CCF	1	475.600	478.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	56.300	56.600
MEN	0	0	0
SENA	1	37.500	37.700
TOTALES	14	3.748.300	3.767.200

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS		DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	15/01/2026	5177196	$3.767.200	

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	Exonerado	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	1002631719	RODRIGUEZ TORRES SAUL STYBEN	1	0			S																	230201	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS005	2.200.000	88.000	14-4	2.200.000	5	153.200	CCF21	2.200.000	66.000	0	0	0	0	0
2	CC	1013259072	SALAMANCA DAZA RAUL ALEJANDRO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	1	7.500	CCF21	1.423.500	42.800	0	0	0	0	0
3	CC	1013593736	LOPEZ CRUZ MARIA CAROLINA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS001	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	1	7.500	CCF21	1.423.500	42.800	0	0	0	0	0
4	CC	1018510675	DAZA CASAS CARLOS SANTIAGO	1	0			S																	230301	2.738.500	438.200	0	0	0	0	EPS017	2.738.500	109.600	14-4	2.738.500	5	190.600	CCF21	2.738.500	82.200	0	0	0	0	0
5	CC	1105783171	GARCIA LONDOÑO CARLOS MANUEL	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	42.800	0	0	0	0	0
6	CC	19466490	DAZA RAMIREZ LUIS JORGE	1	3			N																		0	0	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	312.500	14-4	2.500.000	1	13.100	CCF21	2.500.000	75.000	2.500.000	37.500	56.300	0	0
7	CC	51957795	DAZA RAMIREZ DALIA	1	4			S																		0	0	0	0	0	0	EPS010	2.500.000	100.000	14-4	2.500.000	1	13.100	CCF21	2.500.000	75.000	0	0	0	0	0
8	CC	52117129	CAMARGO MORA YOLANDA	1	0			S																	25-14	1.632.146	261.200	0	0	0	0	EPS037	1.632.146	65.300	14-4	1.632.146	5	113.600	CCF21	1.632.146	49.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	80229624
Nombre:	OSCAR JOHANY DIAZ DAZA
Fecha Ingreso:	15/01/2026
Salario básico:	2,500,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2026 01:44:09 p. m.

Bogotá, 16/01/2026

Señor(a)
OSCAR JOHANY DIAZ DAZA
C – 80229624

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016117462
Fecha Radicación: 01/16/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa DAZA ARQUITECTURA S A S N 901649021, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 2500000.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
OSCAR JOHANY DIAZ DAZA	C	05/21/1979	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 02/16/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: DG 48 19 50
Dirección Laboral: DG 48 19 50
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 01/19/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

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

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1024469072
Nombre:	LEYDER JIMENEZ GARCIA
Fecha Ingreso:	21/02/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	20/02/2026 01:19:03 p. m.

30082984

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 192708

FECHA DE RADICACIÓN: 20 02 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A1213

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: JIMENEZ | SEGUNDO APELLIDO: GARCIA | PRIMER NOMBRE: LEYDER | SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [CC] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1024469072
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: META | MUNICIPIO: EL CASTILLO
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 09 | MES 11 | AÑO 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDIGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: NINGUNA
23. AFP: NINGUNA
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CLL 10 SUR # 10 15
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3133974483
CORREO ELECTRÓNICO: jimenezleydes023@gmail.com
DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 99071

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: DAZA ARQUITECTURA SAS
56. Tipo documento de Identificación: NI [X] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de Identificación: 901649021
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: DIRECCIÓN: DG 48 19 50 | TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3142959945 | CORREO ELECTRÓNICO: daza.arquitecturasas@gmail.com | DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL | 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 IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 20 | MES 02 | AÑO 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explicito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

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

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	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT
Cantidad:											

Total:

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

Total Anexos:

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | Código del Municipio | Código del departamento | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, LEYDER JIMENEZ GARCIA identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. CC | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1024469072 de EL CASTILLO, certifico que:

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

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3133974483

y/o correo electrónico: jimenezleydes023@gmail.com

SÍ☐ No☐

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

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

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

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

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: CC No. ID: 1024469072
Fecha de Solicitud: 20/02/2026
Dirección: CLL 10 SUR # 10 15
Tel: 3133974483 Municipio: BOGOTA
Departamento: DISTRITO CAPITAL

Huella

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

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

Huella

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

Autorizaciones

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

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

Aviso de privacidad

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

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

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

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	NINGUNA	NINGUNA	$1750905	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

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	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Maria del P. Guayacan Moreno	A1213		CIUDAD Y FECHA

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1024506158
Nombre:	JHON MARIO CAMARGO RAMIREZ
Fecha Ingreso:	21/02/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	20/02/2026 01:23:16 p. m.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1010203761
Nombre:	RICARDO FLORIDO FLORIDO
Fecha Ingreso:	21/02/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	20/02/2026 01:26:56 p. m.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1024526507
Nombre:	ALEXANDER NORIEGA BRAVO
Fecha Ingreso:	21/02/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	20/02/2026 01:37:29 p. m.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	8945180
Nombre:	EMILIO BELEÑO TORRES
Fecha Ingreso:	15/01/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2026 03:04:04 p. m.

EPS | Cajacopi

Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	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 X

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer apellido: Belano	Segundo apellido: Torres	Primer nombre: Emilio	Segundo nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. N° del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
C C	8.945180	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento					15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento		Municipio		
Colombiano	Colombia	Bolivar		Pinillos		13/08/1964

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo población especial
		SI NO X	SI NO X	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Axxa Colpatria	Colpensiones	1.750.905	

26. Residencia			
Dirección: Dg 48 # 19-50	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3178447891	Correo Electrónico: Emilobos8@gmail.com

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Bogotá	Bogotá	Dalemo	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 cotizante

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

28. Tipo de documento de identidad	29. N°del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		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. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	CUAL	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios

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

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

Powered by CamScanner

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 EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Data Arquitecturas SAS	NIT	901.649.021-1	3222763281

59. Ubicación Dirección	Teléfono fijo o Celular	Correo Electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
Dg 48 # 1a-50,		data.arquitecturasas@gmail.com	Bogotá	Bogotá

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 PARA 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	67. Motivo de Traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	15/01/2026		

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
Cundinamarca	

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN TI PA CD Total

RC CC CE SC

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.

o Supersalud

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	84066359
Nombre:	WILSON BELEÑO TORRES
Fecha Ingreso:	15/01/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2026 01:31:02 p. m.

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

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 grupo adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] C. 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 [ ]		14 / 01 / 2026

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
PRIMER APELLIDO: BELEJO	SEGUNDO APELLIDO: TORRES	PRIMER NOMBRE: WILSON	SEGUNDO NOMBRE:	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] X CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 84066359	9. SEXO: F [ ] X	10. FECHA NACIMIENTO: 03 / 01 / 1979	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código	12. DISCAPACIDAD: Tipo F N M Condición T P	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: AXA COLPATRIA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1.750.905	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 30 16-09	ZONA U. [X] R. [ ]	LOCALIDAD / COMUNA / BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: BOGOTA	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL: 3016237899	CORREO ELECTRÓNICO / CÓDIGO IPS

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: TI CC CE PA CD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO: F M	23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO	CÓDIGO IPS

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 M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F N M Condición T P
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Upzs	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR IPC AFILIADO ADICIONAL Subsidiado en EPS(s)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	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
DAZA ARQUITECTURA SAS	CC CE PA CD X	901649021	1	

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN					
DG 48 19 50	BOGOTA	BOGOTA	6017067765	3222163281	daza.arquitecturasas@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
15 / 01 / 2026	Ayudante de Obra	1750.905

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 [ ]
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. NOVEDAD
    A. AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B. AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    I. MISMO RÉGIMEN [ ]
    DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

nueva eps

RECIBIDO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI CC CE PA CD SC	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO	

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
15 / 01 / 2026			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración: Autorizada en convivencia: Declaro con cónyuge 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 mí.
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 y afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y utilice los datos y copia de la historia clínica del cotizante 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 y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 semanas de una entidad administradora para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acta administrativa de la Defensoría de las administradoras competentes en la que conste la calidad de beneficiario o en donde 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:

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.003

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	11480102
Nombre:	ALIRIO RUBIANO
Fecha Ingreso:	15/01/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2026 03:08:18 p. m.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	93116182
Nombre:	JOSE ANTONIO HERNANDEZ FLOREZ
Fecha Ingreso:	15/01/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2026 03:24:53 p. m.

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

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

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	**Número de Ident.**	**Nombres**	**Apellidos**	**Fecha de Afiliación**	**Departamento**	**Ciudad**	**Dirección**	**Teléfono**	**Regimen**	**Estado**
CC	93116182	JOSE ANTONIO	HERNANDEZ FLOREZ	24/04/2023 12:00:00 a. m.	CUNDINAMARCA	SOACHA	CL 19 # 54 - 19	6106101	Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
901649021	DAZA ARQUITECTURA S.A.S	N		15/01/2026

La anterior certificación se expide y firma, a los 9 días del mes de Febrero de 2026, a solicitud del interesado y es válida hasta los 9 días del mes de Marzo de 2026

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	80727671
Nombre:	DANIEL FERNANDO DIAZ DAZA
Fecha Ingreso:	15/01/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2026 01:19:59 p. m.

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_7055648

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

Reingreso 1	
Empleador	NI 901649021 DAZA ARQUITECTURA SAS
Afiliado	CC 80727671 DANIEL FERNANDO DIAZ DAZA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,750,905
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. DG 48 # 19 - 50
Fecha de ingreso	14/01/2026
Fecha de radicación	14/01/2026 11:59:32 a.m.
Código de Transacción	209529148
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 02/2026

Fecha de generación 14/01/2026

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:

DANIEL FERNANDO DIAZ DAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.727.671**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1007157197
Nombre:	JOHAN SEBASTIAN FAJARDO PORRAS
Fecha Ingreso:	15/01/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2026 03:19:58 p. m.

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectivo; C. Institucional; D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: SI / NO
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X; B. Cabeza de Familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido: FAJARDO
Segundo Apellido: POREAS
Primer Nombre: JOHAN
Segundo Nombre: SEBASTIAN

9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1007157197
11. Sexo biológico: Femenino / Masculino X
12. Sexo identificación: F M X T NB Otro / Cual
13. Nacionalidad: COLOMBIANO
14. Lugar de nacimiento: País: COLOMBIA; Departamento: CUNDINAMARCA; Municipio: SOACHA
15. Fecha de nacimiento: 17 03 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales
16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: SI / NO; Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN: SI / NO
20. Clasificación SISBÉN: Nivel / Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: AXA COLPATRIA
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1.750.905
25. Tarifa Contribución Solidaria
Teléfono Fijo
26. Residencia Dirección: CL 10 SUR 6 62
Teléfono Celular: 3223956760
Correo Electrónico: sebastianfajardo2447@gmail.com
Departamento: CUNDINAMARCA
Municipio / Distrito: SOACHA
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 del documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino / Masculino
31. Sexo identificación: F M T NB Otro / Cual
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio
34. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	35. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio)	42. Fecha de nacimiento
01											
02											
03											
04											
05											

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tipo encuesta SISBÉN: SI / NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel / Grupo	49. Discapacidad: SI / NO; Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI / NO
01								
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (cuando así lo exija la EPS)
01					
02					
03					
04					
05					

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

A. AFILIACIÓN

III. NOVEDADES

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

C
D1
D2
D3
D4
D5

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

55. Nombre o razón social: DAZA ARQUITECTURA SAS | 56. Tipo documento de identificación: NIT | 57. Número del documento de identificación: 901649021 | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección: DIAGONAL 48 19 50 | Teléfono fijo o Celular: 3223163281
Correo Electrónico: daza.arquitecturasas@gmail.com | Departamento: BOGOTA | Municipio / Distrito: BOGOTA

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código:
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Historia del fondo 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 fisiológico: Femenino Masculino | 63. Sexo identificación: F M T NS Otro Cuál | 64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad: 19/01/2026 | 67. Motivo de traslado: Código | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara 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 competente en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos:

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL (O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL)

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

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

94. Apellidos y nombres
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:

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

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

La radicación no. 0013347591 ha sido registrada exitosamente. La respuesta será enviada a: sebastianfajardo2447@gmail.com en los próximos tres días hábiles, puede llegar a tu bandeja de entrada u otras carpetas.

Si no obtienes respuesta puedes comunicarte en Bogotá al 3759000 y al 01 8000919100 en el resto del país.

Aceptar

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1117487947
Nombre:	CRISTIAN GARCIA
Fecha Ingreso:	15/01/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2026 03:28:51 p. m.

Bogotá, 16/01/2026

Señor(a)
CRISTIAN GARCIA
C – 1117487947

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016117553
Fecha Radicación: 01/16/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa DAZA ARQUITECTURA S A S N 901649021, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
CRISTIAN GARCIA	C	04/20/1986	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 02/16/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: DG 48 19 50
Dirección Laboral: DG 48 19 50
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 01/19/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

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

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1027960288
Nombre:	JARLEISON ARAGON MOSQUERA
Fecha Ingreso:	15/01/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2026 03:33:11 p. m.

AXA COLPATRIA

RETIRO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Doc.:	1027960288
Nombre:	JARLEISON ARAGON MOSQUERA
Fecha Retiro:	16/01/2026
Fecha hora transacción:	27/01/2026 11:18:02 a. m.
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	1
Centro de trabajo	5

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1075090882
Nombre:	YEILER BERRIO CORDOBA
Fecha Ingreso:	15/01/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2026 03:47:23 p. m.

AXA COLPATRIA

RETIRO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Doc.:	1075090882
Nombre:	YEILER BERRIO CORDOBA
Fecha Retiro:	16/01/2026
Fecha hora transacción:	27/01/2026 11:24:39 a. m.
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	1
Centro de trabajo	5

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79728017
Nombre:	IVAN ALFONSO PULIDO URREGO
Fecha Ingreso:	15/01/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/01/2026 03:15:08 p. m.

AXA COLPATRIA

RETIRO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901649021
Número Afiliación:	9030658
Razón social:	DAZA ARQUITECTURA S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Doc.:	79728017
Nombre:	IVAN ALFONSO PULIDO URREGO
Fecha Retiro:	16/01/2026
Fecha hora transacción:	27/01/2026 11:15:03 a. m.
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	1
Centro de trabajo	5

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79277369
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS RODOLFO DAZA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 62 # 97 - 35	TELÉFONO:	7537114
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Terminación y acabado de edificios y obras de ing
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7997710996**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/02/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			2083542654

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 500.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500.000	$ 0	$ 0	$ 500.000
SUBTOTALES:													**$ 500.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 500.000**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 278.400	$ 278.400	$ 0	$ 0	$ 278.400
SUBTOTALES:									**$ 278.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 278.400**

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 79277369	DAZA RAMIREZ CARLOS RODOLFO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	NO OBLIG COT PENSEDAD	$ 4.000.000				NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS017-FAMISANAR	30	$ 4.000.000	$ 500.000	$ 0	$ 500.000

ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 4.000.000	79277369	$ 278.400

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 778.400

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS		DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	DADEP	DADEP	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
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	20/02/2026	55014175	$2.270.200	

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					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	37.400	0		0		0	15	400	0	37.800	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	90.800	0		0		0	15	900	0	91.700	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	37.400	0		0		0	15	400	0	37.800	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	4.700	0		0		0	15	100	0	4.800	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	37.400	0		0		0	15	400	0	37.800	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	37.400	0		0		0	15	400	0	37.800	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	4.700	0		0		0	15	100	0	4.800	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	42.100	0		0		0	15	500	0	42.600	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	37.400	0		0		0	15	400	0	37.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	811.400	0	0	0	0	15	7.800	0	819.200	5
231001	Colfondos	800227940-6	18.700	0	0	0	0	15	200	0	18.900	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	186.900	0	0	0	0	15	1.800	0	188.700	3

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	572.500				572.500	15	5.500	578.000			5.725	578.000	11

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	329.300	15	3.200	332.500	11

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS		DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	DADEP	DADEP	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
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	20/02/2026	55014175	$2.270.200	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	15	0	0	0
ICBF				
0	15	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	9	329.300	332.900
Pensión	3	1.017.000	1.026.800
Riesgos Laborales	1	572.500	578.000
CCF	1	329.300	332.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	2.248.100	2.270.200

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS		DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	DADEP	DADEP	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
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	20/02/2026	55014175	$2.270.200	

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	Exonerado	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	1007157197	FAJARDO PORRAS JOHAN SEBASTIAN	1	0			S	X																230301	933.816	149.500	0	0	0	0	EPS005	933.816	37.400	14-4	933.816	5	65.000	CCF21	933.816	37.400	0	0	0	0	0
2	CC	1027960288	ARAGON MOSQUERA JARLEISON	1	0			S	X	X															231001	116.727	18.700	0	0	0	0	EPSC34	116.727	4.700	14-4	116.727	5	8.200	CCF21	116.727	4.700	0	0	0	0	0
3	CC	1075090882	BERRIO CORDOBA YEILER	1	0			S	X	X															25-14	116.727	18.700	0	0	0	0	EPS041	116.727	4.700	14-4	116.727	5	8.200	CCF21	116.727	4.700	0	0	0	0	0
4	CC	1117487947	GARCIA CRISTIAN	1	0			S	X																230301	933.816	149.500	0	0	0	0	EPS002	933.816	37.400	14-4	933.816	5	65.000	CCF21	933.816	37.400	0	0	0	0	0
5	CC	11480102	RUBIANO ALIRIO	1	3			S	X																	0	0	0	0	0	0	EPSC34	933.816	37.400	14-4	933.816	5	65.000	CCF21	933.816	37.400	0	0	0	0	0
6	CC	79728017	PULIDO URREGO IVAN ALFONSO	1	0			S	X	X															25-14	116.727	18.700	0	0	0	0	EPS008	116.727	4.700	14-4	116.727	5	8.200	CCF21	116.727	4.700	0	0	0	0	0
7	CC	80229624	DIAZ DAZA OSCAR JOHANY	1	0			S	X																230301	1.333.334	213.400	0	0	0	0	EPS002	1.333.334	53.400	14-4	1.333.334	5	92.900	CCF21	1.333.334	53.400	0	0	0	0	0
8	CC	80727671	DIAZ DAZA DANIEL FERNANDO	1	0			S	X																230301	933.816	149.500	0	0	0	0	EPS010	933.816	37.400	14-4	933.816	5	65.000	CCF21	933.816	37.400	0	0	0	0	0
9	CC	84066359	BELEÑO TORRES WILSON	1	0			S	X																230301	933.816	149.500	0	0	0	0	EPS037	933.816	37.400	14-4	933.816	5	65.000	CCF21	933.816	37.400	0	0	0	0	0
10	CC	8945180	BELEÑO TORRES EMILIO	1	0			S	X																25-14	933.816	149.500	0	0	0	0	CCFC55	933.816	37.400	14-4	933.816	5	65.000	CCF21	933.816	37.400	0	0	0	0	0
11	CC	93116182	HERNANDEZ FLOREZ JOSE ANTONIO	1	5			S	X																	0	0	0	0	0	0	ESSC24	933.816	37.400	14-4	933.816	5	65.000	CCF21	933.816	37.400	0	0	0	0	0

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS	DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	DADEP	DADEP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68709712	18/03/2026	11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$20,009,050	$5.684.200	

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					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	70.100	0		0		0	13	600	0	70.700	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	170.100	0		0		0	13	1.500	0	171.600	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	70.100	0		0		0	13	600	0	70.700	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	70.100	0		0		0	13	600	0	70.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	70.100	0		0		0	13	600	0	70.700	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	13	600	0	70.700	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	70.100	0		0		0	13	600	0	70.700	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	140.200	0		0		0	13	1.200	0	141.400	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	70.100	0		0		0	13	600	0	70.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.520.800	0	0	0	0	13	12.800	0	1.533.600	5
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	13	2.400	0	282.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	840.600	0	0	0	0	13	7.100	0	847.700	3

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.393.000				1.393.000	13	11.700	1.404.700			13.930	1.404.700	11

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	801.000	13	6.700	807.700	11

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS	DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	DADEP	DADEP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68709712	18/03/2026	11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$20,009,050	$5.684.200	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	9	801.000	807.900
Pensión	3	2.641.600	2.663.900
Riesgos Laborales	1	1.393.000	1.404.700
CCF	1	801.000	807.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	5.636.600	5.684.200

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	901649021-1	DAZA ARQUITECTURA SAS		DG 48 19 50	7061785	daza.arquitecturasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	DADEP	DADEP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68709712	18/03/2026	11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$20,009,050	$5.684.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1007157197	FAJARDO PORRAS JOHAN SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1027960288	ARAGON MOSQUERA JARLEISON	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1075090882	BERRIO CORDOBA YEILER	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1117487947	GARCIA CRISTIAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 11480102	RUBIANO ALIRIO	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 79728017	PULIDO URREGO IVAN ALFONSO	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 80229624	DIAZ DAZA OSCAR JOHANY	1	0			S																	230301	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	30	100.000	14-4	2.500.000	30	5	174.000	CCF21	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0
8	CC 80727671	DIAZ DAZA DANIEL FERNANDO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
9	CC 84066359	BELEÑO TORRES WILSON	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
10	CC 8945180	BELEÑO TORRES EMILIO	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	CCFC55	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
11	CC 93116182	HERNANDEZ FLOREZ JOSE ANTONIO	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	0	ESSC24	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES

CERTIFICACIÓN

“LEY 1150 DE 2007, ARTÍCULO 23 INCISO 2”
“LEY 789 DE 2002, ARTÍCULO 50”

YO **CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ**, IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 79.277.369 DE BOGOTÁ D.C., COMO REPRESENTANTE LEGAL, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, QUE LA COMPAÑÌA DAZA ARQUITECTURA SAS IDENTIFICADA CON NIT No. 901.649.021-1 HA CUMPLIDO DURANTE LOS SEIS (6) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA FIRMA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, CON LOS PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES Y CON LOS APORTES PARAFISCALES CORRESPONDIENTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. LOS PAGOS DE PARAFISCALES CORRESPONDIENTES AL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF Y SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA ESTAN EXENTOS DE PAGARLOS ESTO AMPARADO POR LA REFORMA TRIBUTARIA 1819 DE 2016, POR SER PERSONA JURIDICA Y TENER MÁS DE TRES (3) EMPLEADOS BAJO SU CARGO. POR LO QUE DECLARO QUE SE ENCUENTRO A PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO Y DEMAS OBLIGACIONES LABORALES.

LA ANTERIOR CERTIFICACIÓN SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 202 Y 204 DE LA LEY 100 DE 1993, EL ARTÍCULO 7° DE LA LEY 21 DE 1982, LOS ARTÍCULOS 2° Y 3° DE LA LEY 27 DE 1974 Y EL ARTÍCULO 1° DE LA LEY 89 DE 1988.

CERTIFICACIÓN EXPEDIDA EL 18 DE MARZO DE 2026.

ATENTAMENTE,



NOMBRE: CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ
IDENTIFICACIÓN C.C. 79.277.369 DE BOGOTÁ D.C.
Representante Legal
DAZA ARQUITECTURA SAS
NIT. No. 901.649.021-1

CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES

CERTIFICACIÓN

“LEY 1150 DE 2007, ARTÍCULO 23 INCISO 2”
“LEY 789 DE 2002, ARTÍCULO 50”

YO **CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ**, IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 79.277.369 DE BOGOTÁ D.C., COMO REPRESENTANTE LEGAL, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, QUE LA COMPAÑÌA DAZA ARQUITECTURA SAS IDENTIFICADA CON NIT No. 901.649.021-1 HA CUMPLIDO DURANTE LOS SEIS (6) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA FIRMA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, CON LOS PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES Y CON LOS APORTES PARAFISCALES CORRESPONDIENTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. LOS PAGOS DE PARAFISCALES CORRESPONDIENTES AL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF Y SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA ESTAN EXENTOS DE PAGARLOS ESTO AMPARADO POR LA REFORMA TRIBUTARIA 1819 DE 2016, POR SER PERSONA JURIDICA Y TENER MÁS DE TRES (3) EMPLEADOS BAJO SU CARGO. POR LO QUE DECLARO QUE SE ENCUENTRO A PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO Y DEMAS OBLIGACIONES LABORALES.

LA ANTERIOR CERTIFICACIÓN SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 202 Y 204 DE LA LEY 100 DE 1993, EL ARTÍCULO 7° DE LA LEY 21 DE 1982, LOS ARTÍCULOS 2° Y 3° DE LA LEY 27 DE 1974 Y EL ARTÍCULO 1° DE LA LEY 89 DE 1988.

CERTIFICACIÓN EXPEDIDA EL 28 DE FEBRERO DE 2026.

ATENTAMENTE,



NOMBRE: CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ
IDENTIFICACIÓN C.C. 79.277.369 DE BOGOTÁ D.C.
Representante Legal
DAZA ARQUITECTURA SAS
NIT. No. 901.649.021-1

CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES

CERTIFICACIÓN

"LEY 1150 DE 2007, ARTÍCULO 23 INCISO 2"
"LEY 789 DE 2002, ARTÍCULO 50"

YO **CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ**, IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 79.277.369 DE BOGOTÁ D.C., COMO REPRESENTANTE LEGAL, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, QUE LA COMPAÑÌA DAZA ARQUITECTURA SAS IDENTIFICADA CON NIT No. 901.649.021-1 HA CUMPLIDO DURANTE LOS SEIS (6) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA FIRMA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, CON LOS PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES Y CON LOS APORTES PARAFISCALES CORRESPONDIENTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. LOS PAGOS DE PARAFISCALES CORRESPONDIENTES AL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF Y SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA ESTAN EXENTOS DE PAGARLOS ESTO AMPARADO POR LA REFORMA TRIBUTARIA 1819 DE 2016, POR SER PERSONA JURIDICA Y TENER MÁS DE TRES (3) EMPLEADOS BAJO SU CARGO. POR LO QUE DECLARO QUE SE ENCUENTRO A PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO Y DEMAS OBLIGACIONES LABORALES.

LA ANTERIOR CERTIFICACIÓN SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 202 Y 204 DE LA LEY 100 DE 1993, EL ARTÍCULO 7° DE LA LEY 21 DE 1982, LOS ARTÍCULOS 2° Y 3° DE LA LEY 27 DE 1974 Y EL ARTÍCULO 1° DE LA LEY 89 DE 1988.

CERTIFICACIÓN EXPEDIDA EL 31 DE ENERO DE 2026.

ATENTAMENTE,



NOMBRE: CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ
IDENTIFICACIÓN C.C. 79.277.369 DE BOGOTÁ D.C.
Representante Legal
DAZA ARQUITECTURA SAS
NIT. No. 901.649.021-1

CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES

CERTIFICACIÓN

“LEY 1150 DE 2007, ARTÍCULO 23 INCISO 2”
“LEY 789 DE 2002, ARTÍCULO 50”

YO **CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ**, IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 79.277.369 DE BOGOTÁ D.C., COMO REPRESENTANTE LEGAL, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, QUE LA COMPAÑÌA DAZA ARQUITECTURA SAS IDENTIFICADA CON NIT No. 901.649.021-1 HA CUMPLIDO DURANTE LOS SEIS (6) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA FIRMA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, CON LOS PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES Y CON LOS APORTES PARAFISCALES CORRESPONDIENTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. LOS PAGOS DE PARAFISCALES CORRESPONDIENTES AL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF Y SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA ESTAN EXENTOS DE PAGARLOS ESTO AMPARADO POR LA REFORMA TRIBUTARIA 1819 DE 2016, POR SER PERSONA JURIDICA Y TENER MÁS DE TRES (3) EMPLEADOS BAJO SU CARGO. POR LO QUE DECLARO QUE SE ENCUENTRO A PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO Y DEMAS OBLIGACIONES LABORALES.

LA ANTERIOR CERTIFICACIÓN SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 202 Y 204 DE LA LEY 100 DE 1993, EL ARTÍCULO 7° DE LA LEY 21 DE 1982, LOS ARTÍCULOS 2° Y 3° DE LA LEY 27 DE 1974 Y EL ARTÍCULO 1° DE LA LEY 89 DE 1988.

CERTIFICACIÓN EXPEDIDA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025.

ATENTAMENTE,



NOMBRE: CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ
IDENTIFICACIÓN C.C. 79.277.369 DE BOGOTÁ D.C.
Representante Legal
DAZA ARQUITECTURA SAS
NIT. No. 901.649.021-1

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de marzo de 2026 Hora: 15:27:13
Recibo No. AA26353081
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A26353081EE9FC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: DAZA ARQUITECTURA S.A.S
Nit: 901649021 1 Administración : Direccion Seccional De Impuestos De Bogota
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No.	03601792
Fecha de matrícula:	28 de octubre de 2022
Último año renovado:	2025
Fecha de renovación:	31 de marzo de 2025
Grupo NIIF:	Grupo II.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal:	Diagonal 48 19 50
Municipio:	Bogotá D.C.
Correo electrónico:	daza.arquitecturasas@gmail.com
Teléfono comercial 1:	2664664
Teléfono comercial 2:	No reportó.
Teléfono comercial 3:	No reportó.

Dirección para notificación judicial:	Diagonal 48 19 50
Municipio:	Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación:	daza.arquitecturasas@gmail.com
Teléfono para notificación 1:	2664664
Teléfono para notificación 2:	3142959945
Teléfono para notificación 3:	No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Mario Fernando Avila Cristancho

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de marzo de 2026 Hora: 15:27:13
Recibo No. AA26353081
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A26353081EE9FC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CONSTITUCIÓN

Por Documento Privado del 28 de octubre de 2022 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 28 de octubre de 2022, con el No. 02894307 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada DAZA ARQUITECTURA S.A.S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD PUEDE REALIZAR, EN COLOMBIA Y EN EL EXTERIOR CUALQUIER ACTIVIDAD LICITA, COMERCIAL O CIVIL.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor : $800.000.000,00
No. de acciones : 1.000,00
Valor nominal : $800.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor : $800.000.000,00
No. de acciones : 1.000,00
Valor nominal : $800.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : $800.000.000,00
No. de acciones : 1.000,00
Valor nominal : $800.000,00

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de marzo de 2026 Hora: 15:27:13
Recibo No. AA26353081
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A26353081EE9FC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

REPRESENTACIÓN LEGAL

LA ADMINISTRACION Y REPRESENTACION LEGAL DE LA SOCIEDAD ESTA EN CABEZA DEL REPRESENTANTE LEGAL, CUYO SUPLENTE PODRA REEMPLAZARLO EN SUS FALTAS ABSOLUTAS, TEMPORALES O ACCIDENTALES. EL REPRESENTANTE LEGAL PUEDE CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN EL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD. EL REPRESENTANTE LEGAL Y SU SUPLENTE, SON ELEGIDOS POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, POR EL PERIODO QUE LIBREMENTE DETERMINE LA ASAMBLEA O EN FORMA INDEFINIDA, SI ASI LO DISPONE, Y SIN PERJUICIO DE QUE LOS NOMBRAMIENTOS SEAN REVOCADOS LIBREMENTE EN CUALQUIER TIEMPO

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

EL REPRESENTANTE LEGAL PUEDE CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN EL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Documento Privado del 28 de octubre de 2022, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 28 de octubre de 2022 con el No. 02894307 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal	Carlos Rodolfo Daza Ramirez	C.C. No. 79277369

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal Suplente	Dalia Daza Ramirez	C.C. No. 51957795

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de marzo de 2026 Hora: 15:27:13
Recibo No. AA26353081
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A26353081EE9FC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 4112
Actividad secundaria Código CIIU: 4111
Otras actividades Código CIIU: 4330

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Microempresa

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 287.560.097
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 4112

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de marzo de 2026 Hora: 15:27:13
Recibo No. AA26353081
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A26353081EE9FC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 31 de octubre de 2022. Fecha de envío de información a Planeación : 17 de abril de 2025. La matrícula mercantil de esta sociedad fue solicitada a través de la plataforma de la Ventanilla Única Empresarial www.vue.org.co \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

****
Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.
****
****
****
****
****
****
****
****
****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de marzo de 2026 Hora: 15:27:13
Recibo No. AA26353081
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A26353081EE9FC

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



****
ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON UN CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE LE PERMITE SER VALIDADO ILIMITADAMENTE DURANTE 60 DÍAS, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO
****
RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U OFICINA DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO
****
PARA SU SEGURIDAD DEBE VERIFICAR LA VALIDEZ Y AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO SIN COSTO ALGUNO DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO/CERTIFICADOSELECTRONICOS
****
QUE, LOS DATOS DEL EMPRESARIO Y/O EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO HAN SIDO PUESTOS A DISPOSICIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL A TRAVÉS DE LA CONSULTA A LA BASE DE DATOS DEL RUES
****

CERTIFICADO DE MATRICULA DE SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

CERTIFICA:

NOMBRE : DAZA ARQUITECTURA S.A.S
N.I.T. : 901649021 1 ADMINISTRACIÓN : DIRECCION SECCIONAL DE IMPUESTOS DE BOGOTA

CERTIFICA:

MATRICULA NO : 03601792 DEL 28 DE OCTUBRE DE 2022

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : DIAGONAL 48 19 50
MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL NOTIFICACION JUDICIAL : DAZA.ARQUITECTURASAS@GMAIL.COM
DIRECCION COMERCIAL : DIAGONAL 48 19 50
MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL COMERCIAL: DAZA.ARQUITECTURASAS@GMAIL.COM
****

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA MATRICULA :31 DE MARZO DE 2025
ULTIMO AÑO RENOVADO: 2025
ACTIVO TOTAL REPORTADO:$1,221,788,787

CERTIFICA:

ACTIVIDAD ECONOMICA : 4112 CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES. 4111 CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES. 4330 TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

CERTIFICA:

LA INFORMACION ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRICULA DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE.

Mario Fernando Avila Cristancho

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CODIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUI CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DIAS HABILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCION, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS.

* * * EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE * * *
* * * FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO * * *

SEÑOR EMPRESARIO, SI SU EMPRESA TIENE ACTIVOS INFERIORES A 30.000 SMLMV Y UNA PLANTA DE PERSONAL DE MENOS DE 200 TRABAJADORES, USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UN DESCUENTO EN EL PAGO DE LOS PARAFISCALES DE 75% EN EL PRIMER AÑO DE CONSTITUCION DE SU EMPRESA, DE 50% EN EL SEGUNDO AÑO Y DE 25% EN EL TERCER AÑO. LEY 590 DE 2000 Y DECRETO 525 DE 2009.

TAMAÑO EMPRESA

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 2.2.1.13.2.1 DEL DECRETO 1074 DE 2015 Y LA RESOLUCIÓN 2225 DE 2019 DEL DANE EL TAMAÑO DE LA EMPRESA ES MICROEMPRESA

LO ANTERIOR DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN REPORTADA POR EL MATRICULADO O INSCRITO EN EL FORMULARIO RUES:

INGRESOS POR ACTIVIDAD ORDINARIA $287,560,097

ACTIVIDAD ECONÓMICA POR LA QUE PERCIBIÓ MAYORES INGRESOS EN EL PERÍODO - CIIU : 4112

****
** ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DE LA **
** PERSONA JURIDICA, HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION. **
****

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO,
VALOR : $ 6,100

****
LA MATRÍCULA MERCANTIL DE ESTA SOCIEDAD FUE SOLICITADA A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE LA VENTANILLA ÚNICA EMPRESARIAL WWW.VUE.GOV.CO
****

****
PARA VERIFICAR QUE EL CONTENIDO DE ESTE CERTIFICADO CORRESPONDA CON LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LOS REGISTROS PÚBLICOS DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ, EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN PUEDE SER VALIDADO POR SU DESTINATARIO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO
****
ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE CON FIRMA DIGITAL Y
****
****
****
****

CUENTA CON PLENA VALIDEZ JURÍDICA CONFORME A LA LEY 527 DE 1999.

****

FIRMA MECÁNICA DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2150 DE 1995 Y LA AUTORIZACIÓN IMPARTIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO, MEDIANTE EL OFICIO DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 1996.

MARIO FERNANDO AVILA CRISTANCHO

* * * NO ES VALIDO POR ESTA CARA * * *

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14942551970

(415)7707212489984(8020) 000001494255197 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 6 4 9 0 2 1	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
DAZA ARQUITECTURA S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
DIAGONAL 48 19 50

42. Correo electrónico daza.arquitecturasas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 3 1 1	2 6 6 4 6 6 4	3 1 4 2 9 5 9 9 4 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 1 1 2	2 0 2 2 1 0 2 7	4 3 3 0	2 0 2 2 1 0 2 7		4 1 1 1	4 3 9 0		0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1 4	4	2	4	8	5	2	5	5														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre DAZA RAMIREZ CARLOS RODOLFO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14942551970

(415)7707212489984(8020) **000001494255197 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 6 4 9 0 2 1	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número	0	
73. Fecha	2 0 2 2 1 0 2 8	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 2 1 0 2 8	
77. No. Matrícula mercantil	0 3 6 0 1 7 9 2	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	

Vigencia

80. Desde	2 0 2 2 1 0 2 8
81. Hasta	2 0 7 8 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 2 2 0 1 0 1		-
2	4 9	2 0 2 3 0 1 0 2		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14942551970

(415)7707212489984(8020) **000001494255197 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 6 4 9 0 2 1	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 1 0 2 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 9 2 7 7 3 6 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DAZA	RAMIREZ	CARLOS	RODOLFO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 2 1 0 2 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	5 1 9 5 7 7 9 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DAZA	RAMIREZ	DALIA	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14942551970

(415)7707212489984(8020) **000001494255197 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos de Bogotá 3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 4 5 3 7 2 4	7	3 8 3 2 4 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
CALLEJAS	CHAPETON	HELBER	ORLANDO

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 3 0 1 0 2

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764079520981

(415)7707212489984(8020) 001876407952098 1

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
9 0 1 6 4 9 0 2 1	1				

11. Razón social
DAZA ARQUITECTURA S.A.S

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

Cód. 3 2

24. Dirección
DIAGONAL 48 19 50

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

AUTORIZADO

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2024-09-14 / 10:38:18 AM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
990. Lugar administrativo
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres DAZA RAMIREZ CARLOS RODOLFO
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 79277369 1004. DV 9
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización DAZA ARQUITECTURA S.A.S

997. Fecha formalización 2024-09-14/10:38:18

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764079520981

(415)7707212489984(8020) 001876407952098 1

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
901649021	1				

11. Razón social

DAZA ARQUITECTURA S.A.S

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	DAZA ARQUITECTURA S.A.S DIAGONAL 48 19 50	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	DARQ	2	500	12	HABILITACIÓN	2
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.277.369**

DAZA RAMIREZ

APELLIDOS

CARLOS RODOLFO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **06-FEB-1963**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-SEP-1981 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00435057-M-0079277369-20130511 **00330**09494A 1 1142256566

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

BOGOTA, 18 de marzo de 2026

Señores:
DAZA ARQUITECTURA S.A.S
CIUDAD

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que la empresa DAZA ARQUITECTURA S.A.S identificado con Nit No 901649021, a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	Fecha Apertura	Estado (Activo – Al día)
CUENTA AHORROS	203-000028-60	2024/09/13	ACTIVO

El manejo de este producto es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 7428503 ext. 142 de Bogotá, o en nuestra sucursal Marly ubicada en la carrera 13 # 59 86.

Atentamente,

BANCOLOMBIA Bogotá - Of. 203 Marly Asesor de servicios No. 15 Cédula No

Edgar Orlando Sandoval Baron
Asesor Comercial
Sucursal Marly

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

Powered by CamScanner

[Este Formato debe diligenciarse por los proponentes, personas jurídicas o los integrantes personas jurídicas del proponente plural cuyo porcentaje de participación sea al menos del diez por ciento (10%) y acredite la condición de emprendimiento y empresa de mujeres.]

Señores
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA DEFENSORIA DEL ESPACIO PUBLICO -DADEP
BOGOTA D.C.

REFERENCIA: Proceso de Contratación DADEP-PSA-MC-492-2025

Objeto: Contratar el mantenimiento integral y/o reparaciones locativas de los predios y del mobiliario distrital administrado directa o indirectamente por el DADEP, de acuerdo a las condiciones particulares de cada bien

Estimados señores:

CARLOS RODOLFO DAZA RAMIREZ identificado con cédula de ciudadanía número 79.277.369 expedida en Bogotá D.C., en mi condición de Representante Legal y HELBER ORLANDO CALLEJAS CHAPETÓN identificado con cédula de ciudadanía número 19.453.724 expedida en Bogotá D.C., y Tarjeta Profesional No. 38324-T, en mi condición de Contador Público de DAZA ARQUITECTURA SAS, identificada con el NIT 901.649.021-1, en adelante el Proponente, acreditamos la condición de ser emprendimiento y empresa de mujer en los términos del artículo 2.2.1.2.4.2.14 del Decreto 1082 de 2015.

Manifestamos bajo la gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenecen a mujeres y los derechos de propiedad han pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. En el siguiente cuadro señalamos la distribución de los derechos en la sociedad y el tiempo en el que las mujeres han mantenido su participación:

Identificación de las mujeres en la persona jurídica	Número de acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica, o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro	Tiempo en el que las mujeres han mantenido la participación
DALIA DAZA RAMÍREZ C.C. 51.957.795	510 – 51,00%	28/11/2022
NARDA DAZA RAMÍREZ C.C. 51.824.288	115 – 11,50%	28/11/2022
CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ C.C. 79.277.369	125 – 12,50%	28/11/2022
LUIS JORGE DAZA RAMÍREZ C.C. 19.466.490	125 – 12,50%	28/11/2022
JOSÉ MANUEL DAZA RAMÍREZ C.C. 79.330.079	125 – 12,50%	28/11/2022

De igual manera, manifestamos bajo la gravedad del juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica ha pertenecido a mujeres, y dicha participación mayoritaria se ha mantenido a partir de: 28 de octubre de 2022.

En constancia, se firma en __BOGOTÁ D.C__, a los _05_ días del mes de _DICIEMBRE_ de 2025.

CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ
Representante Legal
DAZA ARQUITECTURA SAS
NIT. 901.649.021-1

HELBER ORLANDO CALLEJAS CHAPETON
C.C. 19.453.724
CONTADOR PÚBLICO
T.P. 38324-T

CERTIFICACIÓN PARTICIPACIÓN ACCIONARIA

Carlos Rodolfo Daza Ramírez, identificado con la cédula de ciudadanía número **79.277.369** expedida en Bogotá D.C., actuando en nombre y representación legal por una parte, y por la otra Helber Orlando Callejas Chapetón identificado con la cédula de ciudadanía número 19.453.724 expedida en Bogotá D.C. y Tarjeta Profesional No. 38324-T de la Junta Central de Contadores, actuando como Contador Público de la empresa **DAZA ARQUITECTURA SAS**, identificada con NIT **901.649.021-1**, certificamos bajo la gravedad de juramento que la sociedad cuenta con una participación mayoritaria de capital suscrito y acciones en cabeza de una mujer, conforme a lo establecido por la normativa vigente que promueve la equidad de género y el apoyo a empresas lideradas por mujeres.

La composición accionaria de la empresa se encuentra distribuida de la siguiente manera desde que se fundó, esto desde el 28 de octubre de 2022

ACCIONISTA	**IDENTIFICACIÓN**	**ACCIONES SUSCRITAS**	**CAPITAL SUSCRITO**	**% DE PARTICIPACIÓN**
DALIA DAZA RAMÍREZ	51.957.795	510	$ 408.000.000	51,00%
NARDA DAZA RAMÍREZ	51.824.288	115	$ 92.000000	11,50%
CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ	79.277.369	125	$ 100.000.000	12,50%
LUIS JORGE DAZA RAMÍREZ	19.466.490	125	$ 100.000.000	12,50%
JOSÉ MANUEL DAZA RAMÍREZ	79.330.079	125	$ 100.000.000	12,50%
TOTAL		**1.000**	**$ 800.000.000**	**100 %**

Con base en la anterior distribución, se certifica que el **51 % del capital social** pertenece a **DALIA DAZA RAMÍREZ**, por lo cual la empresa **DAZA ARQUITECTURA SAS** cumple con la condición de **Emprendimiento de Mujer**, al ser una sociedad con participación mayoritaria femenina en su propiedad y dirección.

Se expide la presente certificación para los fines que haya lugar.

En Bogotá D.C., a los 18 días del mes de marzo de 2026.

Atentamente,

CARLOS RODOLFO DAZA RAMÍREZ
Representante Legal
DAZA ARQUITECTURA SAS
NIT. 901.649.021-1

HELBER ORLANDO CALLEJAS CHAPETON
C.C. 19.453.724
CONTADOR PÚBLICO
T.P. 38324-T



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.453.724

CALLEJAS CHAPETON

APELLIDOS

HELBER ORLANDO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1958

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

07-DIC-1979 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00266173-M-0019453724-20101118 0024850684A 2 1461003456

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



36324-T

HELBER ORLANDO
CALLEJAS CHAPETON
C.C. 19.453.724
RESOLUCION INSCRIPCION 011 FECHA 14-IU-94
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

Presidente

00045601

CARVAJAL S.A. 02/02/2000

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A8668F3441402FA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **HELBER ORLANDO CALLEJAS CHAPETON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19453724 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 38324-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *