INFORME DE SEGUIMIENTO

CONTRATO No. 045 de 2026

ADECUACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SEDE DE LA DELEGACIÓN DEPARTAMENTAL DE SANTANDER (BUCARAMANGA)

CONTRATISTA:

ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA

INTERVENTOR:

UNIÓN TEMPORAL INTER HC3R

CONTRATANTE:

FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURÍA

BUCARAMANGA – SANTANDER

2026

Contenido

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO 3
2. OBJETO DEL SEGUIMIENTO 4
3. ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO 4
4. AVANCE DE OBRA 4
5. PERSONAL EN OBRA 4
6. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 5
7. DIFICULTADES Y NOVEDADES 5
8. CONCLUSIÓN 5

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

CONTRATO NO	CONTRATO DE OBRA NO. 045 DE 2026
CONTRATISTA	ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA
NIT	79.965.798
ENTIDAD CONTRATANTE	FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURÍA
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR BAJO EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE LA ADECUACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SEDE DE LA DELEGACIÓN DEPARTAMENTAL DE SANTANDER (BUCARAMANGA), DE CONFORMIDAD CON EL ESTUDIO PREVIO, LAS CONDICIONES ADICIONALES A LA SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA NO. 02 DE 2026 Y LA PROPUESTA PRESENTADA POR EL CONTRATISTA, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO
INTERVENTORÍA	UNIÓN TEMPORAL INTER HC3R
VALOR DEL CONTRATO	$ 166.415.774,00
PLAZO DEL CONTRATO	4MESES
FECHA ACTA DE INICIO	15/05/2026
FECHA DE TERMINACIÓN	17/09/2026

AMPAROS	**VIGENCIA DESDE**	**VIGENCIA HASTA**	**SUMA ASEG/ACTUAL**	**ASEGURADORA**
CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL 18-44-101114030				
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15/05/2026	20/09/2027	$33.283.154,80	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES	15/05/2026	20/09/2027	$8.320.788,70	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	15/05/2026	20/09/2031	$33.283.154,80	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL 18-40-101084446				
PREDIOS LABORALES Y OPERACIONES	15/05/2026	20/09/2026	$350.181.000,00	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	15/05/2026	20/09/2026	$350.181.000,00	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
VEHICULOS PROPIOS	15/05/2026	20/09/2026	$350.181.000,00	SEGUROS DEL ESTADO S.A.

2. OBJETO DEL SEGUIMIENTO

Presentar el avance de las actividades ejecutadas durante el periodo reportado, en cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Obra Electrónico No. 045 de 2026 FRR.

3. ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO

Durante el periodo reportado se dio inicio a las actividades contempladas dentro del contrato, ejecutando labores preliminares de adecuación en las áreas objeto de intervención.

Las actividades desarrolladas corresponden a:

- Demolición de enchape existente en las zonas intervenidas.
- Desmonte y retiro de cielo raso existente.
- Recolección y disposición temporal del material resultante de las demoliciones.
- Limpieza y organización de las áreas intervenidas para la continuidad de las actividades constructivas.

Los trabajos fueron ejecutados de conformidad con las especificaciones técnicas del contrato y la programación establecida para el proyecto.

4. AVANCE DE OBRA

Durante el periodo evaluado se ejecutaron las actividades preliminares correspondientes al retiro de elementos existentes, permitiendo la preparación de los espacios para las etapas posteriores de adecuación y mantenimiento.

Las actividades desarrolladas constituyen el inicio de la intervención y corresponden a los trabajos programados para el periodo reportado.

5. PERSONAL EN OBRA

Para la ejecución de las actividades descritas se contó con el siguiente personal:

- Residente de obra.
- Maestro de obra.
- Ayudantes de obra.

Relación del personal vinculado:

NOMBRE COMPLETO	No. DOCUMENTO	CARGO	EPS	ARL	FONDO DE PENSIÓN
Carlos Humberto Aragón Rodríguez	79.788.490	Residente de Obra	Sanitas	SURA	Colpensiones
John Alexander Meza Lizcano	13.571.119	Maestros de Obra	Nueva EPS	SURA	Porvenir

Juan David Esteban Vivas	1.092.394.338	Ayudante de Obra	Nueva EPS	SURA	Porvenir
Santiago Andrés Oliveros Funez	1.099.374.860	Ayudante de Obra	Nueva EPS	SURA	Porvenir
Jefersson López Zapata	1.096.225.412	Ayudante de Obra	Nueva EPS	SURA	Porvenir
Maria Yuliet Guerrero Pacheco	1.116.495.019	Ayudante de Obra	Nueva EPS	SURA	Porvenir
Davinson Leonardo Quintero Guerrero	1.091.359.505	Ayudante de Obra	Nueva EPS	SURA	Colpensiones
Kevin Manuel Guerrero Pacheco	1.004.879.042	Ayudante de Obra	Nueva EPS	SURA	Porvenir

El personal desarrolló las actividades programadas garantizando el cumplimiento de las condiciones técnicas y de seguridad requeridas para la ejecución de la obra.

6. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Durante la ejecución de las actividades se implementaron las medidas de seguridad requeridas para el desarrollo de las labores de demolición.

El personal utilizó los elementos de protección personal correspondientes y se mantuvieron condiciones adecuadas de orden y aseo en las áreas intervenidas.

Durante el periodo reportado no se presentaron accidentes ni incidentes de trabajo.

7. DIFICULTADES Y NOVEDADES

Durante el periodo reportado no se presentaron novedades que afectaran la ejecución normal de las actividades programadas.

8. CONCLUSIÓN

Durante el periodo reportado se ejecutaron satisfactoriamente las actividades preliminares correspondientes a la demolición de enchape y desmontaje de cielo raso en las áreas objeto de intervención. Estas actividades permiten avanzar en la preparación de los espacios para la ejecución de las etapas posteriores del proyecto, de acuerdo con la programación establecida y las obligaciones contractuales.

REGISTRO FOTOGRÁFICO

















Carlos Humberto Aragón Rodríguez
Residente de Obra

Andrés Mauricio Cardozo Roa
Contratista

ANEXOS

CONTRATO:	**CONTRATO DE OBRA ELECTRÓNICO No. 045 DE 2026**		
CONTRATISTA:	ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA	**NIT**	N/A
REPRESENTANTE LEGAL:	ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA	**C.C.**	79.965.798
OBJETO DEL CONTRATO:	Contratar bajo el sistema de precios unitarios fijos sin fórmula de reajuste la adecuación y mantenimiento de la sede de la Delegación Departamental de Santander (Bucaramanga), de conformidad con el estudio previo, las condiciones adicionales a la Selección Abreviada de Menor Cuantía No. 02 de 2026 y la propuesta presentada por EL CONTRATISTA, las cuales forman parte integral del contrato		
CIUDAD:	BUCARAMANGA - SANTANDER		
VALOR DEL CONTRATO:	CIENTO SESENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS MCTE ($166.415.774), incluido AIU e IVA sobre la utilidad, demás impuestos, tasas y contribuciones, exigidas a nivel Nacional, municipal y/o Departamental.		
PLAZO DEL CONTRATO:	CUATRO (4) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio		
FECHA DEL CONTRATO:	12/05/2026	**FECHA DE APROBACIÓN DE GARANTÍA:**	15/05/2026
OBSERVACIONES:			
FECHA DE FINALIZACIÓN:	16/09/2026	**FECHA PRESENTE ACTA:**	15/05/2026

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta por los que en ella intervinieron a los quince (15) días del mes de mayo del 2026.

CONTRATISTA

ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA

INTERVENTORÍA

UNION TEMPORAL INTER HC3R
R/L CARLOS AUGUSTO REYES MORALES

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-40-101084446	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
25	05	2026	15	05	2026	00:00	20	09	2026	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CARDOZO ROA, ANDRES MAURICIO		CC: 79.965.798
DIRECCIÓN: CL 106 NRO. 52 - 17 OFI 201	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3204210524

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		NIT: 899.999.737-9
DIRECCIÓN: AV CALLE 26 NRO. 51 - 50 CAN BOGOTA	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	2202880
BENEFICIARIO:	899999737 - FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		

OBJETO DEL SEGURO

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

SE AMPARAN LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS PATRIMONIALES IMPUTABLES AL TOMADOR CAUSADOS A TERCEROS, EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE OBRA No. 045 DE 2026, CUYO OBJETO ES: CONTRATAR BAJO EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LA ADECUACION Y MANTENIMIENTO DE LA SEDE DE LA DELEGACION DEPARTAMENTAL DE SANTANDER (BUCARAMANGA), DE CONFORMIDAD CON EL ESTUDIO PREVIO, LAS CONDICIONES ADICIONALES A LA SELECCION ABREVIADA DE MENOR CUANTIA No. 02 DE 2026 Y LA PROPUESTA PRESENTADA POR EL CONTRATISTA, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO.
-ASEGURADO: CARDOZO ROA ANDRES MAURICIO C.C. 79.965.798 Y FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NIT. 899.999.737-9
-BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NIT. 899.999.737-9

AMPAROS

RIESGO: CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**15/05/2026**	**20/09/2026**	**$350,181,000.00**	
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**15/05/2026**	**20/09/2026**	**$350,181,000.00**	
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**15/05/2026**	**20/09/2026**	**$350,181,000.00**	

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AJUSTAN LAS VIGENCIAS EN LA PRESENTE POLIZA, SEGUN ACTA DE INICIO DE FECHA 15 DE MAYO DE 2026, AL CONTRATO DE OBRA No. 045 DE 2026.
LOS TERMINOS NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****307,008.00	$ *******3,000.00	$ ******58,901.00	$ **********368,909.00	$ ******350,181,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
ANA FELISA MARROQUIN PENA	173948	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.
QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.
NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 85 NO 10-85 - TELEFONO: 6171035 - BOGOTA, D.C.

18-40-101084446

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-40-101084446	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
25	05	2026	15	05	2026	00:00	20	09	2026	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CARDOZO ROA, ANDRES MAURICIO		**CC: 79.965.798**
DIRECCIÓN: CL 106 NRO. 52 - 17 OFI 201	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	3204210524

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		**NIT: 899.999.737-9**
DIRECCIÓN: AV CALLE 26 NRO. 51 - 50 CAN BOGOTA	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	2202880

BENEFICIARIO: 899999737 - FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**15/05/2026**	**20/09/2026**	**$350,181,000.00**	
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**15/05/2026**	**20/09/2026**	**$350,181,000.00**	
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**15/05/2026**	**20/09/2026**	**$350,181,000.00**	

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

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 85 NO 10-85 - TELEFONO: 6171035 - BOGOTA, D.C.

18-40-101084446

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-40-101084446	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
25	05	2026	15	05	2026	00:00	20	09	2026	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CARDOZO ROA, ANDRES MAURICIO		**CC: 79.965.798**
DIRECCIÓN: CL 106 NRO. 52 - 17 OFI 201	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	3204210524

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		**NIT: 899.999.737-9**
DIRECCIÓN: AV CALLE 26 NRO. 51 - 50 CAN BOGOTA	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	2202880

BENEFICIARIO: 899999737 - FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

TEXTO ACLARATORIO

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

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 85 NO 10-85 - TELEFONO: 6171035 - BOGOTA, D.C.

18-40-101084446

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-44-101114030	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
25	05	2026	15	05	2026	00:00	20	09	2031	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CARDOZO ROA, ANDRES MAURICIO		CC: 79.965.798
DIRECCIÓN: CL 106 NRO. 52 - 17 OFI 201	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3204210524

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		NIT: 899.999.737-9
DIRECCIÓN: AV CALLE 26 NRO. 51 - 50 CAN BOGOTA	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	2202880

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

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

SE GARANTIZA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES INHERENTES AL CONTRATO DE OBRA No. 045 DE 2026, CUYO OBJETO ES: CONTRATAR BAJO EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LA ADECUACION Y MANTENIMIENTO DE LA SEDE DE LA DELEGACION DEPARTAMENTAL DE SANTANDER (BUCARAMANGA), DE CONFORMIDAD CON EL ESTUDIO PREVIO, LAS CONDICIONES ADICIONALES A LA SELECCION ABREVIADA DE MENOR CUANTIA No. 02 DE 2026 Y LA PROPUESTA PRESENTADA POR EL CONTRATISTA, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO.
-NOTA: LA VIGENCIA PARA EL AMPARO DE ESTABILIDAD DE LA OBRA ES POR CINCO (5) AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECIBO DE LA OBRA A ENTERA SATISFACCION SUSCRITA POR EL INTERVENTOR DEL CONTRATO.

AMPAROS

RIESGO: CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15/05/2026	20/09/2027	$33,283,154.80	
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	15/05/2026	20/09/2029	$8,320,788.70	
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	SI AMPARA 5 AÑOS, 0 MESES Y 0 DÍAS *		$33,283,154.80	

ACLARACIONES

* ESTE AMPARO INICIA VIGENCIA UNA VEZ SE HA FINALIZADO LA EJECUCION DEL CONTRATO Y/O CON LA FIRMA DEL ACTA DE ENTREGA A SATISFACCION DEL MISMO
POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AJUSTAN LAS VIGENCIAS EN LA PRESENTE POLIZA, SEGUN ACTA DE INICIO DE FECHA 15 DE MAYO DE 2026, AL CONTRATO DE OBRA No. 045 DE 2026.
LOS TERMINOS NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****478,730.00	$ *******8,000.00	$ ******92,478.00	$ **********579,209.00	$ *******74,887,098.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANA FELISA MARROQUIN PENA	173948	100.00			

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

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

18-44-101114030

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-44-101114030	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
25	05	2026	15	05	2026	00:00	20	09	2031	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CARDOZO ROA, ANDRES MAURICIO		**CC: 79.965.798**
DIRECCIÓN: CL 106 NRO. 52 - 17 OFI 201	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	3204210524

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		**NIT: 899.999.737-9**
DIRECCIÓN: AV CALLE 26 NRO. 51 - 50 CAN BOGOTA	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	2202880

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

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

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 85 NO 10-85 - TELEFONO: 6171035 - BOGOTA, D.C.

18-44-101114030

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101114030, anexo 2, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTA, D.C. a los 25 días del mes de MAYO de 2026

18-44-101114030

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.788.490
ARAGON RODRIGUEZ

APELLIDOS
CARLOS HUMBERTO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1976
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00132012-M-0079788490-20061128 0007076023A 1 1150044606

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **13.571.119**

MEZA LIZCANO

APELLIDOS

JOHN ALEXANDER

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-SEP-1985**

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-NOV-2003 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2709100-00449187-M-0013571119-20130715 0033982915A 1 39142350

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.092.394.338

ESTEBAN VIVAS

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

Juan ESTeban

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1991**

BARINAS-BARINAS
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

26-SEP-2018 LOS PATIOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2500150-01269072-M-1092394338-20211126

00768 78233A 2

85032883154

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.099.374.860

OLIVEROS FUNEZ

APELLIDOS

SANTIAGO ANDRES

NOMBRES

Santiago oliveros

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-NOV-1997**

LEBRIJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-NOV-2015 LEBRIJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-271210[illegible]-01042055-M-1099374860-20181022 **0062**794511A 1 9905926736

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.096.225.412

LOPEZ ZAPATA

APELLIDOS

JEFERSSON

NOMBRES

JEFERSSON LOPEZ Z

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1994**

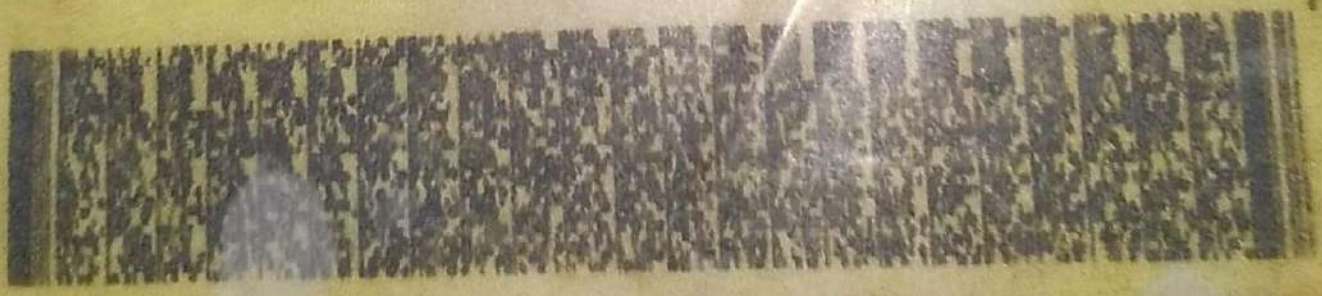
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ENE-2012 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-2701900-00353114-M-1096225412-20120302 0029309995A 1


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.116.495.019
Apellidos
GUERRERO PACHECO
Nombres
MARIA YULIET
Nacionalidad
COL
Estatura
1.61
Sexo
F
Fecha de nacimiento
10 ABR 1986
G.S.
A+
Lugar de nacimiento
SAN CALIXTO
(NORTE DE SANTANDER)
Fecha y lugar de expedición
05 JUL 2006, ARAUQUITA
Fecha de expiración
18 ENE 2033
Firma
Maria Yuliet


.CO
01360142 3
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL0136014236400 10<<<<<<<<<<<
8604105F3301188COL1116495019<8
GUERRERO<PACHECO<<MARIA<YULIET


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.091.359.505

Apellidos
QUINTERO GUERRERO

Nombres
DAVINSON LEONARDO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
M

Fecha de nacimiento
19 ENE 2007

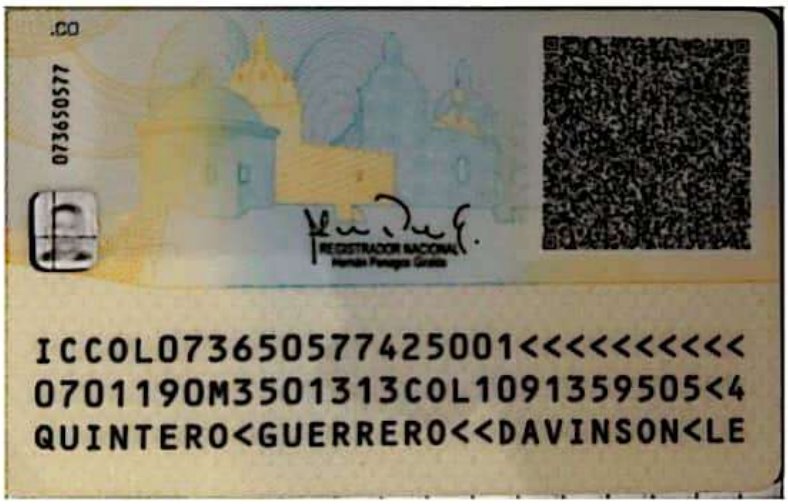
G.S.
O-

Lugar de nacimiento
CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
31 ENE 2025, CUCUTA

Firma

Fecha de expiración
31 ENE 2035


.CO

1073650577

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL073650577425001<<<<<<<<<<<
0701190M3501313COL1091359505<4
QUINTERO<GUERRERO<<DAVINSON<LE

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **30-DIC-2002**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

22-ENE-2021 LOS PATIOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-2505400-01206222-M-1004879042-20210201 **00732**63459A 1 8501368785



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.879.042**

GUERRERO PACHECO
APELLIDOS

KEVIN MANUEL
NOMBRES

Kevin Guerrero P.
FIRMA

CERTIFICADO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
Fundacion Integral Siempre Amiga - FUNDISAM IPS
NIT: 901204742-1
Cel: 304 113 9631



1. IDENTIFICACION

Fecha	6/06/2026		
Empresa	ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA	Nit	79965798-7
Nombre	SANTIAGO ANDRES OLIVEROS FUNEZ		
Documento	1.099.374.860	Edad	28 AÑOS
Cargo	OFICIAL		

2. TIPO DE EXAMEN

	X	Ingreso		Egreso		Periodico		Aplazado
		Trabajo En Alturas		Post - Incapacidad				

3. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Evaluacion Medico Ocupacional	X	Perfil Lipidico	
Osteomuscular y Postura	X	Trigliceridos	
Audiometria		Colesterol	
Optometria		Glicemia	
Espirometria		Screnin Droga	
Vertigo		Serologia	
Parcial de Orina		Psicologicos	

4.RIESGOS OCUPACIONALES /RECOMENDACIONES

SVE Cardiovascular		Uso de EPP	X	Habitos y Estilos de Vida Saludabes	X
SVE Visual		Higiene Postural	X	Control de Peso	
SVE Auditivo		Pausas Activas	X	Autocuidado	X
SVE Respiratorio		Manejo de Cargas			
SVE Psicosocial		Remision a EPS	X		
SVE Ergonomico		Continuar Manejo Medico			

5. CONCEPTO

	X	Satisfactorio		No Satisfactorio		Con Restriccion Laboral		Aplazado
		Apto Para el Trabajo en Alturas						

6. OBSERVACIONES

CON RESTRICCION LABORAL
VALORACION POR MEDICINA GENERAL EN SU EPS

Consentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionadoa realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. Eldoctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito del examen. He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, las limitaciones y riesgos del examen medico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realizacion de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger laconfidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente la informacion registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, y para las situacione contempladas en la misma legislacion, igualmente para que remitan la Historia Clinica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MONICA ANDREA CRUZ CAPACHO
MEDICO SALUD OCUPACIONAL
C.C. 63555684
RM. 68147512
LSO. 13082/25

MONICA ANDREA CRUZ CAPACHO - RMSO: 13082/25

SANTIAGO OLIVEROS F.
FIRMA TRABAJADOR - CC 1099374860

CERTIFICADO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
Fundacion Integral Siempre Amiga - FUNDISAM IPS
NIT: 901204742-1
Cel: 304 113 9631



1. IDENTIFICACION

Fecha	6/06/2026		
Empresa	ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA	Nit	79965798-7
Nombre	MARIA YULIETH GUERRERO PACHECO		
Documento	1.116.495.019	Edad	40 AÑOS
Cargo	TECNOLOGA DE OBRA		

2. TIPO DE EXAMEN

	X	Ingreso		Egreso		Periodico		Aplazado
		Trabajo En Alturas		Post - Incapacidad				

3. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Evaluacion Medico Ocupacional	X	Perfil Lipidico	
Osteomuscular y Postura	X	Trigliceridos	
Audiometria		Colesterol	
Optometria		Glicemia	
Espirometria		Screnin Droga	
Vertigo		Serologia	
Parcial de Orina		Psicologicos	

4.RIESGOS OCUPACIONALES /RECOMENDACIONES

SVE Cardiovascular		Uso de EPP	X	Habitos y Estilos de Vida Saludabes	X
SVE Visual		Higiene Postural	X	Control de Peso	
SVE Auditivo		Pausas Activas	X	Autocuidado	X
SVE Respiratorio		Manejo de Cargas			
SVE Psicosocial		Remision a EPS	X		
SVE Ergonomico		Continuar Manejo Medico			

5. CONCEPTO

	X	Satisfactorio		No Satisfactorio		Con Restriccion Laboral		Aplazado
		Apto Para el Trabajo en Alturas						

6. OBSERVACIONES

CON RESTRICCION LABORAL
VALORACION POR MEDICINA GENERAL EN SU EPS
USO DE GAFAS PROLONGADO

onsentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionadoa realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito del examen. He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el proposito, los eneficios, las limitaciones y riesgos del examen medico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realizacion de este examen es voluntaria y que tuve la oportu- dad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger laconfidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi este examen son completas y veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente la informacion gistrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, y para las situacione contempladas en la misma legislacion, ualmente para que remitan la Historia Clinica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MONICA ANDREA CRUZ CAPACHO
MEDICO SALUD OCUPACIONAL
C.C. 49555634
RM. 68147512
LSO: 13082/25

ONICA ANDREA CRUZ CAPACHO - RMSO: 13082/25

Maria Yulieth G
FIRMA TRABAJADOR - CC 1116495019

Construyendo un Futuro Mejor

CERTIFICADO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Fundacion Integral Siempre Amiga - FUNDISAM IPS
NIT: 901204742-1
Cel: 304 113 9631



1. IDENTIFICACION

Fecha	6/06/2026		
Empresa	ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA	**Nit**	79965798-7
Nombre	JHON ALEXANDER MEZA LIZCANO		
Documento	13.571.119	**Edad**	40 AÑOS
Cargo	MAESTRO DE OBRA		

2. TIPO DE EXAMEN

	X	**Ingreso**		**Egreso**		**Periodico**		**Aplazado**
		Trabajo En Alturas		**Post - Incapacidad**				

3. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Evaluacion Medico Ocupacional	X	**Perfil Lipidico**	
Osteomuscular y Postura	X	**Triglicéridos**	
Audiometria		**Colesterol**	
Optometria		**Glicemia**	
Espirometria		**Screnin Droga**	
Vertigo		**Serologia**	
Parcial de Orina		**Psicologicos**	

4.RIESGOS OCUPACIONALES /RECOMENDACIONES

SVE Cardiovascular		**Uso de EPP**	X	**Habitos y Estilos de Vida Saludabes**	X
SVE Visual		**Higiene Postural**	X	**Control de Peso**	X
SVE Auditivo		**Pausas Activas**	X	**Autocuidado**	X
SVE Respiratorio		**Manejo de Cargas**			
SVE Psicosocial		**Remision a EPS**	X		
SVE Ergonomico		**Continuar Manejo Medico**			

5. CONCEPTO

	X	**Satisfactorio**		**No Satisfactorio**		**Con Restriccion Laboral**		**Aplazado**
		Apto Para el Trabajo en Alturas						

6. OBSERVACIONES

CON RESTRICCION LABORAL
VALORACION POR NUTRICIONISTA EN SU EPS
CONTINUAR CONTROLES MEDICOS POR ARL

Consentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionadoa realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. Eldoctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito del examen. He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, las limitaciones y riesgos del examen medico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realizacion de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger laconfidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente la informacion registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, y para las situacione contempladas en la misma legislacion, igualmente para que remitan la Historia Clinica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MONICA ANDREA CRUZ CAPACHO
MEDICO SALUD OCUPACIONAL
C.C. 63555682
RM: 68147512
LSO: 13082/25

MONICA ANDREA CRUZ CAPACHO - RMSO: 13082/25

FIRMA TRABAJADOR - CC 1357119

CERTIFICADO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
Fundacion Integral Siempre Amiga - FUNDISAM IPS
NIT: 901204742-1
Cel: 304 113 9631



1. IDENTIFICACION

Fecha	6/06/2026		
Empresa	ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA	Nit	79965798-7
Nombre	JUAN DAVID ESTEBAN VIVAS		
Documento	1.092.394.338	Edad	35 AÑOS
Cargo	OFICIAL		

2. TIPO DE EXAMEN

	X	Ingreso		Egreso		Periodico		Aplazado
		Trabajo En Alturas		Post - Incapacidad				

3. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Evaluacion Medico Ocupacional	X	Perfil Lipidico	
Osteomuscular y Postura	X	Trigliceridos	
Audiometria		Colesterol	
Optometria		Glicemia	
Espirometria		Screnin Droga	
Vertigo		Serologia	
Parcial de Orina		Psicologicos	

4.RIESGOS OCUPACIONALES /RECOMENDACIONES

SVE Cardiovascular		Uso de EPP	X	Habitos y Estilos de Vida Saludabes	X
SVE Visual		Higiene Postural	X	Control de Peso	X
SVE Auditivo		Pausas Activas	X	Autocuidado	X
SVE Respiratorio		Manejo de Cargas			
SVE Psicosocial		Remision a EPS	X		
SVE Ergonomico		Continuar Manejo Medico			

5. CONCEPTO

	X	Satisfactorio		No Satisfactorio		Con Restriccion Laboral		Aplazado
		Apto Para el Trabajo en Alturas						

6. OBSERVACIONES

CON RESTRICCION LABORAL
VALORACION POR MEDICINA GENERAL EN SU EPS

Consentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionadoa realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. Eldoctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito del examen. He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, las limitaciones y riesgos del examen medico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realizacion de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger laconfidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente la informacion registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, y para las situacione contempladas en la misma legislacion, igualmente para que remitan la Historia Clinica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MONICA ANDREA CRUZ CAPACHO
MEDICO SALUD OCUPACIONAL
C.C. 39555984
RM. 68147512
LSO: 13082/25

MONICA ANDREA CRUZ CAPACHO - RMSO: 13082/25

Juan Esteban
FIRMA TRABAJADOR - CC 1092 394 338

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

LICENCIA S.O. No. 00121

EVALUACIÓN MÉDICA DE PREINGRESO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

SALUD EMPRESARIAL IPS S.A.S.
PROFESIONALES EN MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO
CALLE 3 NO. 1E-09 LA CEIBA Tel. 5711515- CEL 3174037456 NIT 900.443.363-4

FECHA 06/06/2026 **HORA** 10:20:12 **CUCUTA - NORTE DE SANTANDER**



EMPRESA 79965798-7 ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA Actividad Económica
EMPRESA EN MISION

NOMBRE DAVINSON LEONARDO QUINTERO GUERRERO

CC : 1091359505 DE CUCUTA

DIRECCION CALLE 6A 47-27 LOS OLIVOS

CELULAR 3242627466 EDAD 19 GENERO M RH O-

CARGO AUXILIAR DE CONSTRUCCION

AFP PORVENIR ARL POSITIVA EPS SANIDAD MILITAR

EXAMENES MEDICOS : EXAMEN FÍSICO COMPLETO, TAMIZAJE VISUAL, SISTEMA CARDIOPULMONAR, PRUEBAS DE COORDINACIÓN, EXPLORACIÓN DIRIGIDA POR MANIOBRAS INDIVIDUALES DE CADA EXTREMIDAD Y DE CADA MÚSCULO (CUELLO, HOMBROS, MUÑECA, MANOS, TRONCO, CADERA, RODILLA, TOBILLO, PIES) PRUEBA PARA TÚNEL DEL CARPO, PRUEBA PARA TENDINITIS, TENOSINOVITIS Y TRASTORNOS DE HOMBRO, PRUEBAS DINÁMICAS DE COLUMNA, EXPLORACIÓN DE ARCOS DE MOVILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS, EXPLORACIÓN DE ALTERACIONES DE PIEL Y VARICES, EXPLORACIÓN DE HERNIAS

OTROS EXAMENES : NO REALIZADOS

AUDIOMETRIA	NO	OPTOMETRIA	NO	ESPIROMETRIA	NO	PSICOLOGIA	NO
RX TORAX	NO	RX COLUMNA	NO	RX PIES	NO	ECOGRAFIA	NO
C. MOTRIZ	NO	PSICOSENSOMETRICA	NO	ELECTROCARDIOGRAMA	NO		

LABORATORIO : NO REALIZADO

CONCEPTO DE APTITUD : SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES : HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A SU LABOR, HACER DEPORTE, APLICAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.

INGRESA AL SVE

CONSTANCIA

Certifico que toda la información suministrada en este documento es verdadera y no oculte información sobre mi estado de salud, enfermedad laboral y/o accidente de trabajo presentados antes de este examen.

ROMAN HOMERO GARCIA
C.C. 88197629
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
REG. MÉDICO - LICENCIA S.O.3361

DAVINSON LEONARDO QUINTERO GUERRERO
CC : 1091359505

PATRICIA OLIER
CAPARROSO
Medico Salud Ocupacional
U. de Cartagena –U. de Antioquia

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso

Fecha: 20/Dic/2024
Apellido: Aragon Rodriguez
Tipo Doc: CC
Empresa: Andres Mauricio Cardozo
Cargo: Residente

Nombre: Carlos Humberto
Nro Identidad: 79788490

HC: # 2047
Edad: 48 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 08/Abr/1976
Rh: N/A

Examenes Realizados

Examen medico ocupacional con enfasis Osteomuscular

Concepto

Apto Para El Cargo

Recomendaciones

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Dieta Baja En Calorias
* Actividad Física Regular

Medicas

* Hidratación adecuada
* Bajar de peso

Laborales

* Higiene Postural
* Pausas Activas
* Uso Adecuado De Epp
* Seguir Normas De Higiene Y Seguridad En El Trabajo
* Alternar Posturas De Pie Y Sentado,
* Adecuado Manejo De Cargas

Observaciones

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 del 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolucion 2346 de 2007

Notas:

1) Archive este informe en las hojas de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de Junio de 2009

Patricia Olier Caparroso
Medico especialista
Salud Ocupacional
R.M. 1591555 LSO-0159 SSF

Patricia Olier Caparroso
Medico Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 443
Registro #: 1591

Carlos Humberto Aragón
Rodriguez
cc 79788490

NIT. 900.657.708-0

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE: Andres Cordoba ROA

EMPRESA EN MISION:

INGRESO [x] PERIÓDICO [ ] EGRESO [ ] ESPECIAL [ ] _____ FECHA: 09 - Junio - 2026

NOMBRE: Jefersson lopez zapata C.C. 1096225412

CARGO: Oficios Varios CIUDAD: Barrancabermeja

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO [x]
2. AUDIOMETRÍA [ ]
3. ESPIROMETRÍA [ ]
4. OPTOMETRÍA [ ]
5. VISIOMETRÍA [ ]
6. PRUEBA PSICOTÉCNICA [ ]
7. OTROS _____

LABORATORIOS [ ]

CONCEPTO

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [x] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

APTO CON RECOMENDACIONES PARA LABORAR EN ALTURAS [ ] POR MOTIVO DE _____

APLAZADO [ ] MOTIVO _____ NO APLICA [ ]

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGIA APARENTE [x] / CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR [ ]

APTO CON RESTRICCIÓN [ ] Por motivo de _____

APLAZADO [ ] Por motivo de _____

NO CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS MEDICOS PARA EL CARGO [ ] Por motivo de _____

EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR LABORANDO [ ]

SE SUGIERE REUBICACION LABORAL / TEMPORAL [ ] Por motivo de: _____

PERMANENTE [ ] Por motivo de: _____

EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGIA APARENTE [ ] RETIRO CON PATOLOGIA PARA SEGUIMIENTO EN EPS [ ]

EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACION AL PUESTO DE TRABAJO [ ]

SE SUGIERE REUBICACION LABORAL / TEMPORAL [ ] Por motivo de: _____

PERMANENTE [ ] Por motivo de: _____

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARP		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	
Control periódico PP por EPS	[ ]	Control periódico ocupacional	[ ]	Dieta	[x]
Remisión a EPS por:	[ ]	Higiene Postural	[ ]	Ejercicio regular 3 veces/sem.	[x]
Continuar manejo médico	[ ]	Utilización de EPP	[ ]	Dejar el hábito de fumar	[x]
Remisión a ARP para manejo del caso	[ ]	Utilización de Ayudas Ergonómicas	[ ]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
Seguimiento caso ARP	[ ]	Realización de pruebas complementarias	[ ]		

Incluir en SVE / VISUAL [ ] AUDITIVO [ ] RESPIRATORIO [ ] ERGONOMICO [ ] QUIMICO [ ]

CARDIOVASCULAR [ ] PSICOLABORAL [ ] BIOLOGICO [ ]

PP: Programa de promoción y prevención de la salud: Higiene oral semestral; Citología cervicovaginal anual, control visual anual: Control de testículo anual; Control de seno anual; Control de próstata anual.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Apto para el cargo
politica SST

Dr. Carlos A. Marulanda Osorno
Médico Especialista - Epidemiología
Gerencia en Calidad y Auditoría en Salud
Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic.02802 C.C. 1.040.605.727 R.M. 15644-13
PhD Gerencia de Proyectos
FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL

CERTIFICO QUE HE SUMINISTRADO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. 1096225412

HORA LLEGADA: _____ HORA SALIDA: _____

ipsmbsas2017@gmail.com

Powered by CamScanner

medifam ips
Nit. 900.463.757-8
Tel. 6 053009- Cel. 317 439 7105 - 313 858 4268
Carrera 5 No. 5-74 Frente al Hospital Local de Piedecuesta
medifam.s.a.s.ipo@hotmail.com



N° 21.884

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DIA	06 MES	2026 AÑO	PIEDECUESTA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
CIIU (Actividad Económica) del empleador:	
SIN REGISTRAR	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GUERRERO PACHECO KEVIN MANUEL	MASCULINO	23 AÑOS 5 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	1004879042 (Número)

Cargo		
AYUDANTE CONSTRUCCION		
EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 91239813 - JORGE ELIECER DULCEY

R. M.: 169/98 L.S.O.: 08553

Código de Seguridad

P427V1B21884

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUERRERO PACHECO KEVIN MANUEL

CC: 1004879042

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Carlos Humberto Aragon Rodriguez, identificado(a) con CC número 79788490, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79788490
NOMBRES Y APELLIDOS	Carlos Humberto Aragon Rodriguez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	08/04/1976
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 Tiene El Servicio Suspendido
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	18 - Inconsistencias En Pagos De Cotizacion Obligatoria
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	03/02/2005
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	402 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	19/01/2016
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 79788490 CARLOS HUMBERTO ARAGON RODRIGUEZ Desde 01/01/2020 - Vigente

Generado por interfaces 04/06/2026

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 06/06/2026, el empleador ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 79965798 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10423339	06/06/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1092394338	JUANDAVID ESTEBAN VIVAS	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-06-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1116495019	MARIAYULIET GUERRERO PACHECO	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-06-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1096225412	JEFERSSON LOPEZ ZAPATA	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-06-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1099374860	SANTIAGOANDRES OLIVEROS FUNEZ	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-06-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Junio del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 06/06/2026, el empleador ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 79965798 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10423365	06/06/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	13571119	JOHNALEXANDER MEZA LIZCANO	1750905	MAESTRO DE OBRA	2026-06-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Junio del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

O.P. 280235 04/16

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		DÍA 19 MES 06 AÑO 2026

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: QUINTERO	SEGUNDO APELLIDO: GUERRERO	PRIMER NOMBRE: DAVINSON	SEGUNDO NOMBRE: LEONARDO

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]	1.091.359.505	F [ ] M [X]	DÍA 19 MES 01 AÑO 2007

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
COLPENSIONES	1.750.905	Calle 6a #47-27	U. [ ] R. [ ]		Los Olivos

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
CÚCUTA	NTE. DE SANTANDER		3242627466		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA	X C.C. C.E. P.A. C.D. N.I.	79.965.98		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO
Calle 106 #52-17 Oficina 201	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	3204210524		civilesun@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 19 MES 06 AÑO 2026	AYUDANTE DE OBRA	1.750.905

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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

6007000 ENERO / 2016

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

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

O.P. 280235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

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

Yo, DAVINSON LEONARDO QUINTERO GUERRERO identificado (a) con R.C. T.I. [X] C.C. C.E. Otro: _____

número 1.091.359.505 de Cúcuta, certifico que:

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

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3204210524

y/o correo electrónico: civilesun@gmail.com

SÍ [x] No [ ]

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: cc No. ID: 1.091.359.505

Fecha (dd/mm/aaaa): 19/06/2026

Dirección: Calle 106 #52-17

Tel: 3242627466 Municipio Cúcuta

Departamento: Nte. de Santander

Huella

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

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio _____

Departamento: _____

Huella

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

Información de NUEVA EPS

Asesor: _____

Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

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

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

Aviso de privacidad

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

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

• solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.

• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

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

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

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

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	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							Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV	
		NIT		C.C.		C.E.					
		P.A.		T.I.		C.D.					

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	
					CIUDAD Y FECHA

Gmail in:sent

Redactar

Recibidos 1,558
Destacados
Pospuestos
Enviados
Compras 194
Viajes 8
Más

Etiquetas

ALERTAS 17
CONTABILIDAD 162
NOMINA ELETRON... 8
PERSONAL 938

Afiliación trabajador dependiente - Davinson Leonardo Quintero Guerrero -

civilesun <civilesun@gmail.com>
para afiliacionesnueva

Cordial saludo.

Por medio de la presente remito la documentación correspondiente para la afiliación al Régimen Contributivo de Nueva EPS del se **1.091.359.505**, quien se vincula como trabajador dependiente de la empresa **ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA.**

Se adjuntan los documentos requeridos para el trámite de afiliación.

Agradezco su colaboración y quedo atenta a la confirmación de radicación y gestión de la solicitud.

Cordialmente,

ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA

4 archivos adjuntos • Analizado por Gmail Agregar todo a Drive



formulario-unico-.


Cedula Davinson ..


2.1 CC ANDRES C..


11. RUT ANDRES ...

Responder Reenviar

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 18/06/2026, el empleador ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 79965798 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10458584	18/06/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1004879042	KEVINMANUEL GUERRERO PACHECO	1750905	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2026-06-18

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Junio del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 06 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1092394338	ESTEBAN VIVAS JUAN DAVID	09/06/2026		f1871423	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/06/2026 17:03:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.115.212, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 06 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1096225412	LOPEZ ZAPATA JEFERSSON	09/06/2026		19140202	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/06/2026 17:08:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.115.212, 192.230.104.4, 172.16.42.57

Medellín, 19 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1091359505	QUINTERO GUERRERO DAVINSON LEONARDO	20/06/2026		92j13517	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/06/2026 19:00:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.233.217, 198.143.41.4, 172.16.42.57

Medellín, 17 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OPERATIVO			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1004879042	GUERRERO PACHECO KEVIN MANUEL	18/06/2026		19717420	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/06/2026 18:10:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.63.24.126, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 06 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C13571119	MEZA LIZCANO JOHN ALEXANDER	09/06/2026		821476S2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/06/2026 17:14:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.115.212, 192.230.104.4, 172.16.42.57

Medellín, 09 de junio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que CARLOS HUMBERTO ARAGON RODRIGUEZ identificado(a) con C79788490 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C797884902616040168

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

Medellín, 06 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1099374860	OLIVEROS FUNEZ SANTIAGO ANDRES	09/06/2026		144330M3	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/06/2026 17:06:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.115.212, 192.230.104.4, 172.16.42.57

Medellín, 06 de Junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1116495019	GUERRERO PACHECO MARIA YULIET	09/06/2026		20519122	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C799657982615762301

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/06/2026 17:18:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.115.212, 192.230.104.4, 172.16.42.57

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 9 de Junio de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1092394338
Nombre	: JUAN DAVID ESTEBAN VIVAS
Empresa/Contratante	: ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA
Tipo Idenficación Empresa	: CC
No. Identificación Empresa	: 79965798
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/06/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/06/09
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

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

Vigilado Supersubsidio

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 9 de Junio de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1099374860
Nombre	: SANTIAGO ANDRES OLIVEROS FUNEZ
Empresa/Contratante	: ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA
Tipo Idenficación Empresa	: CC
No. Identificación Empresa	: 79965798
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/06/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/06/06
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código NsU95tPbH

Vigilado Supersubsidio

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 9 de Junio de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1116495019
Nombre	: MARIA YULIET GUERRERO PACHECO
Empresa/Contratante	: ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA
Tipo Idenficación Empresa	: CC
No. Identificación Empresa	: 79965798
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/06/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/06/09
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
6q0mkxoJH

Vigilado Supersubsidio

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 9 de Junio de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1096225412
Nombre	: JEFERSSON LOPEZ ZAPATA
Empresa/Contratante	: ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA
Tipo Idenficación Empresa	: CC
No. Identificación Empresa	: 79965798
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/06/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/06/09
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
Q5IRXQmLH

Vigilado Supersubsidio

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 9 de Junio de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 13571119
Nombre	: JOHN ALEXANDER MEZA LIZCANO
Empresa/Contratante	: ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA
Tipo Idenficación Empresa	: CC
No. Identificación Empresa	: 79965798
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/06/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/06/09
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
zwPwPh0nH

Vigilado Supersubsidio

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 9 de Junio de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad INDEPENDIENTE - APORTE 2%, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 79788490
Nombre	: CARLOS HUMBERTO ARAGON RODRIGUEZ
Fecha de Afiliación a CCF	: 2018/04/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Fecha Afiliación	Parentesco	Categoria	Recibe Subsidio	Valor	Ult. Subsidio	Estado
NIDIA EMILCEN BARRERA ORDUZ	52517865	20220719	CY	A	NO	0	--	AF
JUAN SEBASTIAN ARAGON BARRERA	1014885611	20180401	HI	A	NO	0	--	AF

Vigilado Supersubsidio

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código NjDoeE1p0

DANIEL JOSE ARAGON BARRERA	1019918671	20220224	HI	A	NO	0	--	AF

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Vigilado Supersubsidio

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código NjDoeE1p0

Bogotá D.C., 19 de Junio de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 19/6/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1091359505
Nombres y Apellidos	DAVINSON LEONARDO QUINTERO GUERRERO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	CC 79965798
Razón Social Empleador	ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	20/6/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	19/6/2026
Cargo	Ayudante
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 0uuEDCIFS

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C., 19 de Junio de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 19/6/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1004879042
Nombres y Apellidos	KEVIN MANUEL GUERRERO PACHECO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	CC 79965798
Razón Social Empleador	ANDRES MAURICIO CARDOZO ROA
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	19/6/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	19/6/2026
Cargo	Ayudante
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código zlJ16jiYS

Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DAVINSON LEONARDO QUINTERO GUERRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1091359505,** se encuentra afiliado/a desde **11/08/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de junio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA YULIET GUERRERO PACHECO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.495.019**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

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:

JEFERSSON LOPEZ ZAPATA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.225.412**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SANTIAGO ANDRES OLIVEROS FUNEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.099.374.860**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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:

JUAN DAVID ESTEBAN VIVAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.092.394.338**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

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:

JOHN ALEXANDER MEZA LIZCANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **13.571.119**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio 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.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS HUMBERTO ARAGON RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79788490,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de junio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

KEVIN MANUEL GUERRERO PACHECO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.879.042**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Junio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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