



PARA: Claudia Isabel Parra Ortiz Coordinadora Grupo Apoyo Administrativo Mixto
DE: Henry Fernández Hernández

ASUNTO: Segundo pago generado por el servicio de rocería, limpieza y mantenimiento de jardines y zonas verdes de las instalaciones del SENA Regional Quindío

Como ordenador del Gasto **Autorizo el registro presupuestal del gasto, el registro de la obligación y el pago:**

NOMBRE DE LA PERSONA JURIDICA O NATURAL: KAXA S.A.S

CEDULA O NIT: 901590857-3

TIPO DE DOCUMENTO CONTRACTUAL: CO1.PCCNTR.9464519 de 2026

CONCEPTO DEL PAGO: Segundo pago generado por el servicio de rocería, limpieza y mantenimiento de jardines y zonas verdes de las instalaciones del SENA Regional Quindío

Valor antes de IVA	\$ 26.157.607,90
Valor del IVA	\$ 216.084,59
Valor Total Notas Crédito	\$
Valor total Notas Debito	\$
Valor total Pago	\$ 26.373.692,49

El pago debe realizarse teniendo en cuenta los datos en la siguiente tabla:

TABLA No. 1 Registro Presupuestal número 41626 de fecha 2026-04-21

Dependencia	Posición del Gasto	Fuente	Recurso	Situación	PAC
101024 CONSTRUCCIONES Y ADECUACIONES	C-3699-1300-17- 53105B-3699016-02 ADQUIS. DE BYS - SEDES MANTENIDAS - DESARROLLO INTEGRAL DE LA PLANTA FISICA DEL SENA A NIVEL NACIONAL NACIONAL	Propios	27	CSF	\$ 26.373.692,49
Total					\$ 26.373.692,49



Nota 1: La información para el diligenciamiento de la tabla anterior la encuentra en el Registro Presupuestal de Compromiso.

USO PRESUPUESTAL para aplicar A-02-01-01-001-003-18 OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

El giro de los recursos debe realizarse a la cuenta **Nº 718000030** del banco **Bancolombia** a nombre de **KAXA S.A.S NIT 901590857-3**

Nota 2: Los documentos a anexar pueden ser consultados en el GRF-F-088 Formato Lista de Chequeo Documentos Requeridos para el registro de la obligación.

No. de Factura	FK140
Fecha Emisión	19/06/2026 12:49:15
Fecha Vencimiento	31/07/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Fecha Firmado	19/06/2026 12:49:17

Autorización facturación electrónica No. 18764096911762 válida desde 2025-08-12 hasta 2027-08-12 rango desde FK101 hasta FK300.

DATOS DEL RECEPTOR

NIT:	899999034
Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Dirección:	CRA 6 AVENIDA CENTENARIO 44 N 15, Armenia, Quindío, Colombia
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Forma de Pago:	Crédito
Medio de pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de pago:	31/07/2026
Total de Lineas:	3

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Nom.	% o Val.	Monto .	Dcto.	Total
1	1	CO1.PCCNTR.9464519 del 2026 Contratar el servicio de rocería, limpieza y mantenimiento integral de jardines y zonas verdes de las instalaciones del SENA Regional Quindío **** ACTA 02*****	C62	1,00	\$22.745.746,00				0,00	\$22.745.746,00
2	AIU1	Administración 10%	94	1,00	\$2.274.574,60				0,00	\$2.274.574,60
3	AIU3	Utilidad 5%	94	1,00	\$1.137.287,30	IVA	19%	216084.59	0,00	\$1.137.287,30

Impuesto	Base Impuestos	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:	Total
01 IVA	\$1.137.287,30	19,00%	\$216.084,59	\$26.157.607,90	\$26.157.607,90
				Cargos:	\$0,00
				Descuento:	\$0,00
				IVA:	\$216.084,59
				Total:	\$26.373.692,49

Son: (veintiseis millones trescientos setenta y tres mil seiscientos noventa y dos pesos cuarenta y nueve centavos)

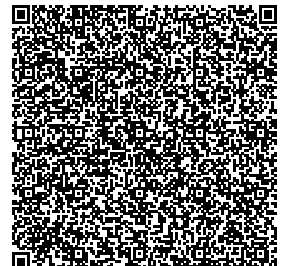
CUFE: 4922870de5eead745164488c4388f3e12a7b612a24c37172b4cfc77b668fe73f0241df002071878570cfe6145dcf15e6

Notas: #S36-02-00-063-000000;CO1.PCCNTR.9464519 del 2026;dmrbelaez@sena.edu.co#S

Firma Digital: MQsvoT2PMalk9T3jdnFUnodIFzpbp3DPCak8/5CvTRERD3lU5aI4ECIR5vmjOww
jI4cD/XS6TlqX71sk6t8Tnm9uGfmFwtpEVs80XeAt1AwIX6V4B
tH2CR/NLUXcxeA GPA0qxTMuZg23qzs+kN48VjxoNT3DBO9qMT5WAqfYl3cqMvRtm3m/GO4YRkKt9F yE9NraSeuTv0tzHMarBMX0gxN+oNxYzpWJW
Fz2oyjRSHVHS9I4Z8NbZnwR TnwqU I9XdkkDUEpNTKJc6oQ8S4ZC33wso3xtZ706MAQzKcMR0PO143Dm2MCCQ0axksMn JrkA8/VMC+sc3zLQ178e
Qw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.





Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante: MHcburgos CLAUDIA MARCELA BURGOS ALZATE
 Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-02-00-063-000000 SENA REGIONAL QUINDIO-DIRECCION REGIONAL
 Fecha y Hora Sistema: 21/04/2026 12:00:00 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 5326 de fecha 2026-01-20. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	41626	Fecha Registro:	2026-04-21	Unidad / Subunidad Ejecutora:	36-02-00-063-000000 SENA REGIONAL QUINDIO-DIRECCION REGIONAL		
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado	Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Inicial:	155.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00	Valor Actual:	155.000.000,00	Saldo x Obligar:	155.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	901590857	Razón Social:	KAXA S.A.S	Medio de Pago:	Abono en cuenta
---------------------	-----------	---------------	------------	----------------	-----------------

CUENTA BANCARIA

Número:	71800003030	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa
---------	-------------	--------	------------------	-------	--------	---------	--------

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	7538875	Nombre:	HENRY FERNANDEZ HERNANDEZ	Cargo:	DIRECTOR REGIONAL QUINDIO
-----------------	---------	---------	---------------------------	--------	---------------------------

CAJA MENOR

VIÁTICOS

DOCUMENTO SOPORTE


Identificación:	Fecha de Registro:	Genera Viáticos:	No	Num. Solicitud de Comisión:	Número:	CO1.PCCNTR.9464519	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Fecha:	2026-04-21
-----------------	--------------------	------------------	----	-----------------------------	---------	--------------------	-------	-------------------------------------	--------	------------

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101024 CONSTRUCCIONES Y ADECUACIONES	C-3699-1300-17-53105B-3699016-02 ADQUIS. DE BYS - SEDES MANTENIDAS - DESARROLLO INTEGRAL DE LA PLANTA FISICA DEL SENA A NIVEL NACIONAL NACIONAL	Propios	27	CSF		155.000.000,00	0,00		
Total:						155.000.000,00	0,00	155.000.000,00	155.000.000,00

Objeto:	MANTENIMIENTO INMUEBLES: CONTRATAR EL SERVICIO DE ROCERÍA, LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO INTEGRAL DE JARDINES Y ZONAS VERDES DE LAS INSTALACIONES DEL SENA REGIONAL QUINDÍO RAD 63-9-2026-005530
---------	---

PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-063-000000	SENA REGIONAL QUINDIO-DIRECCION REGIONAL	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2026-05-31	31.000.000,00	31.000.000,00	NINGUNO
36-02-00-063-000000	SENA REGIONAL QUINDIO-DIRECCION REGIONAL	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2026-06-30	31.000.000,00	31.000.000,00	NINGUNO
36-02-00-063-000000	SENA REGIONAL QUINDIO-DIRECCION REGIONAL	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2026-07-31	31.000.000,00	31.000.000,00	NINGUNO
36-02-00-063-000000	SENA REGIONAL QUINDIO-DIRECCION REGIONAL	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2026-08-31	31.000.000,00	31.000.000,00	NINGUNO
36-02-00-063-000000	SENA REGIONAL QUINDIO-DIRECCION REGIONAL	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2026-09-30	31.000.000,00	31.000.000,00	NINGUNO

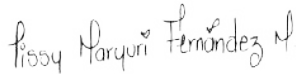

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS

La suscrita, LISSY MARYURI FERNÁNDEZ MONTENEGRO, identificada como aparece al pie de mi firma, en calidad de Representante Legal de KAXA S.A.S., por medio del presente documento me permito CERTIFICAR que: La empresa KAXA S.A.S., en el marco del contrato cuyo objeto es: “Contratar el servicio de rocería, limpieza y mantenimiento integral de jardines y zonas verdes de las instalaciones del SENA Regional Quindío”, se compromete a la aplicación de buenas prácticas ambientales y operativas, garantizando el uso eficiente y responsable del agua, el manejo adecuado de residuos, la protección de la biodiversidad de las zonas verdes intervenidas y el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo vigentes.

Este compromiso hace parte integral de la correcta ejecución del contrato, en procura de la sostenibilidad y cuidado del entorno.

Se expide el presente certificado para los fines a que haya lugar, el 19 de junio de 2026.



LISSY MARYURI FERNÁNDEZ MONTENEGRO

Representante Legal KAXA S.A.S.

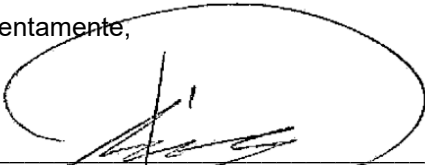
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
(PERSONAS JURÍDICAS)

Yo, **FLAMINIO CERVERA GARCIA** identificado con cedula de ciudadanía No. 5.841.307 y con tarjeta profesional No. 54877-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de **KAXA SAS** identificada con NIT 901.590.857-3, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Ibagué, luego de examinar los estados financieros de la compañía de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, bajo la gravedad de juramento, certificó el pago de los aportes de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 y el artículo 3 del Decreto 1047 de 1983), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente Proceso de Contratación. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Conforme con el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento manifiesto que me encuentro exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

En constancia se firma en Ibagué, a los 19 días del mes de junio de 2026.

Atentamente,



Firma del Revisor fiscal
Nombre: FLAMINIO CERVERA GARCIA
Identificación (C.C X C.E. □) 5841307
Cargo: REVISOR FISCAL
Número de la Tarjeta Profesional: 54877-T

Medellín, 03 de May 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 KAXA S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000032 SENA QUINDIO			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1060267509	AGUIRRE AGUDELO MIGUEL MOISES	04/05/2026		607140c2	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 03/05/2026 18:16:47 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.250.226.173, 192.230.104.10, 172.16.42.57



**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:

JHON NEIDER AGUIRRE AGUDELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.060.269.026**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 28 de April 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 KAXA S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000032	SENA QUINDIO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1060269026	AGUIRRE AGUDELO JHON NEIDER	01/05/2026		14181123	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 28/04/2026 19:11:07 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.250.226.173, 192.230.104.10, 172.16.42.57



NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 28/04/2026, el empleador KAXA SAS identificado con NIT número 901590857 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10281213	28/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1060269026	JHONNEIDER AGUIRRE AGUDELO	1750905	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2026-04-29

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

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

Protección

Una empresa **SURA** 

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ MENDEZ DIEGO FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **18.398.282** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de septiembre de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 28 de abril de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

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

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

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

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>

Medellín, 28 de April 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 KAXA S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000032 SENA QUINDIO			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C18398282	RODRIGUEZ MENDEZ DIEGO FERNANDO	01/05/2026		22412021	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 28/04/2026 18:48:15 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.250.226.173, 192.230.104.10, 172.16.42.57



NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 28/04/2026, el empleador KAXA SAS identificado con NIT número 901590857 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10281210	28/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	18398282	DIEGOFERNANDO RODRIGUEZ MENDEZ	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-04-29

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

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva



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

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

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE DAVID GONZALEZ GRANADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.108.232.255**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 28 de April 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 KAXA S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000032 SENA QUINDIO				Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1108232255	GONZALEZ GRANADA JOSE DAVID	01/05/2026		12127193	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 28/04/2026 19:16:06 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.250.226.173, 192.230.104.10, 172.16.42.57

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación datos básicos de identificación | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS | <input type="checkbox"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen |
| Código <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

GONZALEZ Primer apellido	GRANADA Segundo apellido	JOSE Primer nombre	DAVID Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de Radicación
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1108232255		28-04-2026
			42. Fecha 2 9 0 4 2 0 2 6

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
-------------------------	--	---

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen 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
49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario 	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad
- | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|
| Cantidad | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Total <input type="text"/> |
| | CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC | | | |
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 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 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 Código del Municipio <input type="text"/> <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/> <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de Ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de Radicación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	69. Fecha de Validación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>	Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>
		71. Firma del funcionario	

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial <input type="text"/>	Sello de radicación <input type="text"/>	Sticker procesamiento <input type="text"/>
C.C. No. <input type="text"/>		

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

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

ENCABEZADO

Número de radicación: Número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realizan los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.

Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, con un lector de tarjetas o electrónico. Cuando realice el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponde efectivamente a la fecha en que éste se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO II. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleado, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o de reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación: Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
B. Reporte de novedades: Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional, según los tipos (s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

A. Individual: La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, Entidades o instituciones.

Se debe colocar una "X" en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva: La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agrupaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: La opción institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Personal y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúsa a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarias de Familia, los defensores de familia, las Penionerías Municipales.

3. Régimen: Marque con una "X", según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliación: Marque con una "X" la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad.

- Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.

- Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

- Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante: Marque con una "X" la opción que corresponda:

- Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

- Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.

- Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión o el pago de su aporte a salud se encuentra a su cargo.

Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de Cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.

- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.

- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agrupación o congregación religiosa.

- Marcar con una "X", en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.

- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y 55 según el caso.

- Marcar con una "X", en el capítulo IX, los datos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según correspondan.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los datos de padres no afiliados que afilia la IPS no hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.

- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.

- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio.

- Marcar con una "X", en el capítulo IX, los datos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.

- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio"

- Marcar con una "X", en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.

- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

- Primer apellido

- Segundo apellido

- Primer nombre

- Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO

CN **Documento de Nacimiento:** Este es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicio (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el Registro Civil.

RC **Registro Civil de Nacimiento:** es el documento expedido por una notaría pública con que se identifican los menores de siete (7) años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.

TI **Tarjeta de Identidad:** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre siete (7) y diecisiete (17) años. Debe ser reemplazado por la cédula de ciudadanía.

CC **Cédula de Ciudadanía:** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir dieciocho (18) años de edad.

CE **Cédula de Extranjería:** es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a tres (3) meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.

PA **Pasaporte:** es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para viajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de siete (7) años.

CD **Carné Diplomático:** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.

SC **Salvoconducto de Permanencia:** es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres (3) meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad: Es el número con el que se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil escribe el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales: Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia: En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena
02	RROM (gitano)
03	Raíz (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

12. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F. Física, N. Neuro-sensorial, M. Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T. Temporal, P. Permanente.

13. Puntaje SISBEN: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta SISBEN.

14. Grupo de población especial: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla:

CÓDIGO	GRUPO POBLACIONAL
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF
08	Población Desmovilizada
09	Víctimas del Conflicto Armado
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena
18	Población Rom
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Domiciliados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 06, 08, 11, 17, 18, 23, 24.

Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

16. Administradora de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotización -IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia: Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia.

- Dirección de su residencia

- Teléfono (fijo o celular; o ambos)

- Correo electrónico

- Ciudad/Municipio o distrito

- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito

- Zona: urbana o rural donde se ubique su residencia

- Departamento

- En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante: Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y Cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido

- Segundo apellido

- Primer nombre

- Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escribe el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales. En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido

- Segundo apellido

- Primer nombre

- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escribe el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios

29. Parentesco: En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia, o que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CY	Cónyuge	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañero (a) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo	Con unión marital de hecho
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañero o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veintiocho (28) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscriba como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Los menores de dieciocho (18) años en custodia.	Entregados en custodia legal del cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.

AA Persona de cualquier edad como afiliada adicional

Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentre en el 4° de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de éste.

30. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F. Física, N. Neuro-sensorial, M. Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T. Temporal, P. Permanente.

32. Datos de residencia: Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residen en un municipio diferente al del cotizante.

- Municipio/Distrito

- Zona: urbana, rural, Departamento

- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para el cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que presente la EPS, así:

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.

- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que reside en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:

- El Empleador cuando el afiliado hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.

- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.

- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

36. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.

- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PIA.

39. Ubicación:

- Dirección

- Teléfono (fijo o celular)

- Correo electrónico

- Municipio/Distrito

- Departamento

En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir como departamento Bogotá, D. C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigentes novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

40. Tipos de novedad: Marque con una "X" la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

NÚMERO	NOMBRE
1	Modificación de datos básicos de identificación
2	Corrección de datos básicos de identificación
3	Actualización de beneficiarios o de afiliados adicionales
4	Actualización y corrección de datos complementarios
5	Terminación de la inscripción en la EPS
6	Reinscripción en la EPS
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13	Movilidad
14	Traslado
15	Reporte de fallecimiento
16	Reporte del trámite de protección al cesante
17	Reporte de la calidad de pre-pensionado
18	Reporte de la calidad de pensionado

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual se debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad"

- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o cabeza de familia.

- Registre los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o un afiliado adicional.

- Registrar en los espacios de numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.

- Diligenciar el capítulo VIII de firmas.

- Seleccionar el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde conste las modificaciones realizadas y anexo copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigentes y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".

- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigentes, es decir, los datos erróneos y los datos de la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.

- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigentes, es decir, los datos erróneos y los que van ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.

- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando

- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o a cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo IV los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexa copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios. Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para esta novedad se reporta lo siguiente:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS. Esta novedad solo aplica para el régimen contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple con alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

CÓDIGO	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a iniciar un régimen exceptuado o especial.
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla cédula de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "Terminación la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición de terminación de la relación laboral se debe registrar los datos del capítulo V y estar por el empleador. La novedad 10 para la condición de la 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigentes.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS. Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva inscripción en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad. Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales. Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que reside en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los aportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que está incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales. Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar un miembro de las condiciones para ser beneficiario, tales como superávit de edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos, y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital, según corresponda al tipo de beneficiario que está excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el beneficiario o afiliado adicional inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la novedad 11. Movilidad. También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 11: Movilidad. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 12: Traslado si cumple las condiciones para ello.

El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la novedad 8: exclusión de beneficiarios de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los aportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.
- Cuando esta novedad se reporta por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hace parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para

realizar afiliaciones colectivas.

- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una "X" la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad. Esta novedad se reporta:

A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del mismo subsidio inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS. Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una "X" en la casilla de la novedad 13, según el régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Recibir en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.

- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los aportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.
- Cuando esta novedad se reporta por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hace parte.
- Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando".
- La Entidad territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado. Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que esté inscrito en la misma EPS por un periodo mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a pay y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una "X" en las casillas A o B si se trasladó en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior; es decir, la EPS que se trasladó.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

CÓDIGO	MOTIVOS PARA EL TRASLADO
1	Por ejercicio de la libre elección.
2	Cuando el usuario sea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta.
3	Cuando los prestadores caso de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
4	Por unificación del núcleo familiar.
5	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado
6	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los aportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.
- Si el motivo por el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el periodo de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se trasladó.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento. Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, el cotizante cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante. Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en el numeral 17 del capítulo II "datos complementarios" el IBC con el cual cotizó anteriormente.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado. Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo II "datos complementarios" el IBC con el cual cotizó anteriormente.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado. Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administración de la pensión (sólo con el cotizante) y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o

compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.

- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios o los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:

- **Novedad 1:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, después de la modificación;
- **Novedad 2:** Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como deben ser recogidos;
- **Novedad 3:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento y;
- **Novedad 13:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha: Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:

- **Novedad 8:** Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar;
- **Novedad 10:** Terminación de la relación laboral;
- **Novedad 11:** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
- **Novedad 12:** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
- **Novedad 15:** Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior: Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado: Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe indicar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

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 beneficiario.

49. Declaración de no intromisión 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 requieren.

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 1561 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.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia. En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

- El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
- El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio. Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una "X" la casilla correspondiente a los documento(s) que se anexen(n), según lo requiere el trámite que realiza.

- Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.
- Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 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.
- Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- Copia del documento en el 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 padres.
- Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 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.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican sólo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial: Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisben: El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisben y registrar:

- Número de la ficha Sisben
- Puntaje
- Nivel Sisben (según el puntaje)

68. Fecha de radicación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisben e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisben.

Observaciones: En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

Protección

Una empresa **SURA**

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ BERNAL MILTON ANDRES** identificado(a) con **CC** número **80.130.817** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de enero de 2004 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 28 de abril de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

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

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

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

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>

Medellín, 28 de April 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 KAXA S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000032 SENA QUINDIO				Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C80130817	RODRIGUEZ BERNAL MILTON ANDRES	01/05/2026		24712244	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 28/04/2026 19:12:22 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.250.226.173, 192.230.104.10, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4016718683

Fecha de Radicación
2 8 04 20 2 6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo afiliación B. Colectiva <input type="checkbox"/>		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. Regimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		4. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			
5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>				6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>				7. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>			

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

8. Apellidos y nombres
RODRIGUEZ BERNAL MILTON ANDRES
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

9. Tipo documento de Identidad **10. Número del documento de Identidad** 80130817 **11. Sexo biológico** Femenino Masculino **12. Sexo identificación** F M T NB Otro Cual

13. Nacionalidad COLOMBIA **14. Lugar Nacimiento** País: COLOMBIA Departamento: Municipio: **15. Fecha Nacimiento** 0|2|1|2|1|9|8|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

16. Etnia **17. Comunidad** **18. Discapacidad** Si No
Categoría Discapacidad

19. Tiene encuesta SISBEN Si NO **20. Clasificación SISBEN** Nivel Grupo **21. Grupo población especial**

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL **23. Administradora de Pensiones** **24. Ingreso base de cotización - IBC** 1750905 **25. Tarifa Contribución Solidaria**

26. Residencia
BALCONES DE LA VILLA MZ 2 CA 2 Dirección Telefono fijo Telefono celular RODRIGUEZBERNALMILTON@GMAIL.COM Correo electrónico
QUINDIO CALARCA 170 zona Urbana cabecera municipal Rural dispersa
Departamento Municipio/Distrito Localidad / comuna Urbana centro poblado Resto rural

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

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

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

32. Nacionalidad **33. Lugar Nacimiento** País: Departamento: Municipio: **34. Fecha Nacimiento**

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

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

B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

B1	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCA - HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCA	HICALARCA - HICALARCA
B	
B	
B	

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

55. Nombre o razón social KAXA S.A.S **56. Tipo de identificación** **57. Numero de documento de identificación** 901590857 **58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)**

59. Ubicación
CL 67 N 5 26 ALAMEDA Dirección 3232302855 Teléfono fijo o celular KAXAINGENIERIA@GMAIL.COM Correo electrónico TOLIMA Departamento IBAGUE Municipio/distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		63. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>		64. Fecha de nacimiento	
65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad 2 9 0 4 2 0 2 6	67. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>		68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			


VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

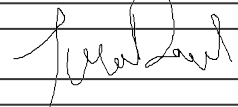
VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad						

IX. FIRMAS

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

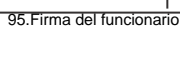
X. ANEXOS

82. Anexo Copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT
Cantidad: Total: 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la 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 padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario 							
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación								
Observaciones									

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

**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:

VICTOR ALFONSO GONZALEZ CARMONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.253.119**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Abril 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.



NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 28/04/2026, el empleador KAXA SAS identificado con NIT número 901590857 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10281215	28/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1005253119	VICTORALFONSO GONZALEZ CARMONA	1759905	AYUDANTE DE OBRA	2026-04-29

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

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

Medellín, 28 de April 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 KAXA S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000032 SENA QUINDIO			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1005253119	GONZALES CARMONA VICTOR ALFONSO	01/05/2026		1220g218	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 28/04/2026 19:14:10 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.250.226.173, 192.230.104.10, 172.16.42.57

Medellín, 03 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 KAXA S.A.S, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL TOLIMA, 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
C83229949	DIAZ HERRERA CARLOS AUGUSTO	17/05/2026		22120159	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C265524022615464617

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 03/06/2026 17:56:57 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.250.9.23, 192.230.104.13, 172.16.42.57

Medellín, 03 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 KAXA S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000032 SENA QUINDIO				Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1097393141	SALAZAR MARULANDA GUSTAVO ADOLFO	04/06/2026		19114534	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 03/06/2026 17:36:03 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.250.9.23, 192.230.104.13, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4016908615

Fecha de Radicacion
0 3 0 6 2 0 2 6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. tipo de tramite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo afiliacion B. Colectiva <input type="checkbox"/>	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3.Regimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		

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

8. Apellidos y nombres
SALAZAR MARULANDA GUSTAVO ADOLFO
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

9. Tipo documento de Identidad CC	10. Número del documento de Identidad 1097393141	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual
13. Nacionalidad COLOMBIA	14. Lugar Nacimiento Pais: COLOMBIA Departamento: Municipio:	15. Fecha Nacimiento 2 7 0 2 1 9 8 9	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

16. Etnia 6	17. Comunidad	18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoria Discapacidad	
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	21. Grupo población especial	
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC 1750905	
25. Tarifa Contribución Solidaria			
26. Residencia BRR GIRALDO CA 192 Dirección Telefono fijo Telefono celular 3203725564 Correo electronico GUSTAVOMA27SALAZAR@GMAIL.COM			
Departamento QUINDIO	Municipio/Distrito ARMENIA	Localidad / comuna 170	zona Urbana cabecera municipal <input type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/> Urbana centro poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual
32. Nacionalidad		33. Lugar Nacimiento Pais: Departamento: Municipio:	34. Fecha Nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

B1	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS MOCAWA - VS MOCAWA	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSMOCAWA - VSMOCAWA
B	
B	
B	

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

55. Nombre o razón social KAXA S.A.S	56. Tipo de identificación NIT	57. Numero de documento de identificación 901590857	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación CL 67 N 5 26 ALAMEDA Dirección Telefono fijo o celular 3232302855	KAXAINGENIERIA@GMAIL.COM Correo electrónico		TOLIMA Departamento IBAGUE Municipio/distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación


Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		63. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>		64. Fecha de nacimiento	
65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad 0 4 0 6 2 0 2 6	67. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>		68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

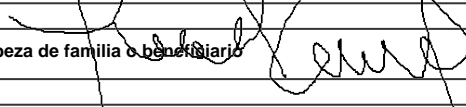
69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad						

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

82. Anexo Copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT
Cantidad: Total: 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la 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 padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

84. Apellidos y Nombres Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario					
<input type="text"/>	<input type="text"/>						
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación						
Observaciones							

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901590857	3	KAXA SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	KAXA	Call 67 N 5 26 ALAMEDA	IBAGUE-TOLIMA	3232302855	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-06	309423567	9678651234	E	2026/06/16	2026/06/16	BANCOLOMBIA	0	\$980,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES			Total Aportes																		
No	Identificación	Nombre	ing	re	te	ta	td	ta	vs	co	vs	st	lge	lm	va	av	lv	lir	vi	Codig	Dias	IBC	Aporte	Codig		Dias	IBC	Aporte	Codig	Dias	IBC	Aporte	Codig	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF		
SUCURSAL: KAXA (1 Afiliados)																						\$4,000,000	\$640,000			\$4,000,000	\$160,000			\$4,000,000	\$160,000			\$4,000,000	\$20,900		\$0	\$0	\$980,900				
Centro de Trabajo: PRINCIPAL ADMINISTRACION (1 Afiliados)																							\$4,000,000	\$640,000			\$4,000,000	\$160,000			\$4,000,000	\$160,000			\$4,000,000	\$20,900		\$0	\$0	\$980,900			
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)																							\$4,000,000	\$640,000			\$4,000,000	\$160,000			\$4,000,000	\$160,000			\$4,000,000	\$20,900		\$0	\$0	\$980,900			
1	CC 26552402	FERNANDEZ LISSY																				230201	30	\$4,000,000	\$640,000	EPS005	30	\$4,000,000	\$160,000	CCF50	30	\$4,000,000	\$160,000	14-11	30	\$4,000,000	0.522%	\$20,900	30	\$0	\$0	Si	\$980,900
Total Afiliados (1)																							\$4,000,000	\$640,000			\$4,000,000	\$160,000			\$4,000,000	\$160,000			\$4,000,000	\$20,900		\$0	\$0	\$980,900			

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$640,000	\$0	\$0	\$640,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$640,000	\$0	\$0	\$640,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$20,900	\$0	\$0	\$20,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$20,900	\$0	\$0	\$20,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$160,000	\$0	\$0	\$160,000
COMFENALCO TOLIMA	CCF50	890,700,148	4	1	\$160,000	\$0	\$0	\$160,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$160,000	\$0	\$0	\$160,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$160,000	\$0	\$0	\$160,000
TOTAL				1	\$980,900	\$0	\$0	\$980,900

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

5.841.307

NUMERO

CERVERA GARCIA
APELLIDOS

FLAMINIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1953

LERIDA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

A+
G. S. RH

M
SEXO

05-AGO-1974 ANZOATEGUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JEAN CARLOS SAJIMO VAHA

INDICE DERECHO



A-2801000-43156504-M-0005841307-20071106 00750073100 02 191129164

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.552.402**

FERNANDEZ MONTENEGRO

APELLIDOS

LISSY MARYURI

NOMBRES

Lissy Maryuri Fernández M

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-1985**
RIVERA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.54

ESTATURA

A+

G.S. RH

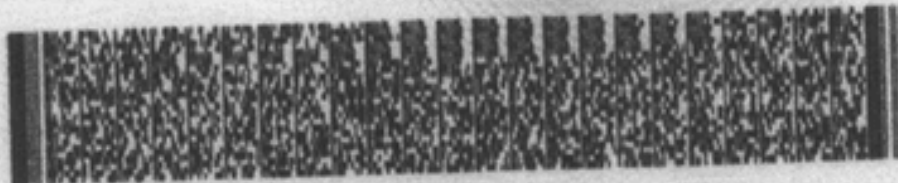
F

SEXO

14-JUL-2003 RIVERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2900100-00673365-F-0026562402-20150227

0043321052A 1

6363283419

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PÚBLICO

54877-T

FLAMINIO
CERVERA GARCÍA
C.C. 2841287

RESOLUCIÓN INSCRIPCIÓN 135 **FECHA 11/09/1997**

UNIVERSIDAD DE LA GUAYANA

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZÁLEZ **63804**



207891

Feta tarjeta es el único documento que la acredita como
CONTADOR PÚBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse
al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de
Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogotá D.C.



www.dps.com

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

8796818380268AE

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **FLAMINIO CERVERA GARCIA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 5841307 de ANZOATEGUI (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 54877-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 21 días del mes de Abril de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

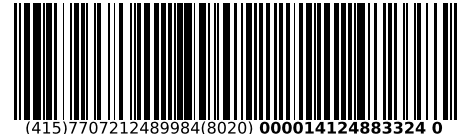
ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141248833240



(415)7707212489984(8020) 000014124883324 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 1 5 9 0 8 5 7

3

Impuestos y Aduanas de Ibagué

9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de Identificación

Persona jurídica

1

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

KAXA S.A.S

36. Nombre comercial

KAXA

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1

39. Departamento

Tolima

7

40. Ciudad/Municipio

Ibagué

0 0 1

41. Dirección principal

MZ 14 CA 2 ET 8 BRR JORDAN P 2

42. Correo electrónico

kaxaingenieria@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 3 9 2 4 9 5 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

4 2 9 0

2 0 2 2 0 4 2 2

4 3 3 0

2 0 2 2 0 4 2 2

4 2 2 0

4 1 1 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2026-04-28 / 10:19:46AM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

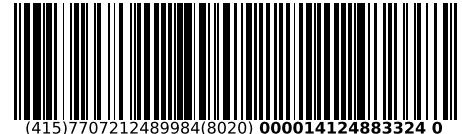
984. Nombre FERNANDEZ MONTENEGRO LISSY MARYURI

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141248833240



(415)7707212489984(8020) 000014124883324 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 5 9 0 8 5 7 3	6. DV 3	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Ibagué	14. Buzón electrónico 9
---	------------	--	----------------------------

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma		
71. Clase	0 4		82. Nacional	1 0 0 %
72. Número	1		83. Nacional público	0 . 0 %
73. Fecha	2 0 2 2, 0 4, 2 2		84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
74. Número de notaría			85. Extranjero	0 %
75. Entidad de registro	0 3		86. Extranjero público	0 . 0 %
76. Fecha de registro	2 0 2 2, 0 5, 0 3		87. Extranjero privado	0 . 0 %
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 3 4 3 7 2 4			
78. Departamento	7 3			
79. Ciudad/Municipio	0 0 1			
Vigencia				
80. Desde	2 0 2 2, 0 5, 0 3			
81. Hasta	9 9 9 9, 1 2, 3 1			

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control	<input type="text"/>
-------------------------------------	----------------------

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

93. Vinculación económica <input type="text"/>	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141248833240



(415)7707212489984(8020) 000014124883324 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 5 9 0 8 5 7 3	6. DV 3	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Ibagué	14. Buzón electrónico 9
---	------------	--	----------------------------

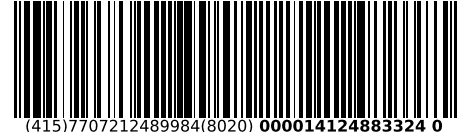
Representación

1	98. Representación REPRS LEGAL PRIN	1 8	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 4 0 6 2 1
	100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní	1 3	101. Número de identificación 2 6 5 5 2 4 0 2
	104. Primer apellido FERNANDEZ	105. Segundo apellido MONTENEGRO	106. Primer nombre LISSY
	107. Otros nombres MARYURI	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
2	98. Representación REPRS LEGAL SUPL	1 9	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 2 0 5 0 3
	100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	1 3	101. Número de identificación 8 3 2 2 9 9 4 9
	104. Primer apellido DIAZ	105. Segundo apellido HERRERA	106. Primer nombre CARLOS
	107. Otros nombres AUGUSTO	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
3	98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación
	100. Tipo de documento		101. Número de identificación
	104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre
	107. Otros nombres	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
4	98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación
	100. Tipo de documento		101. Número de identificación
	104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre
	107. Otros nombres	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
5	98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación
	100. Tipo de documento		101. Número de identificación
	104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre
	107. Otros nombres	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141248833240

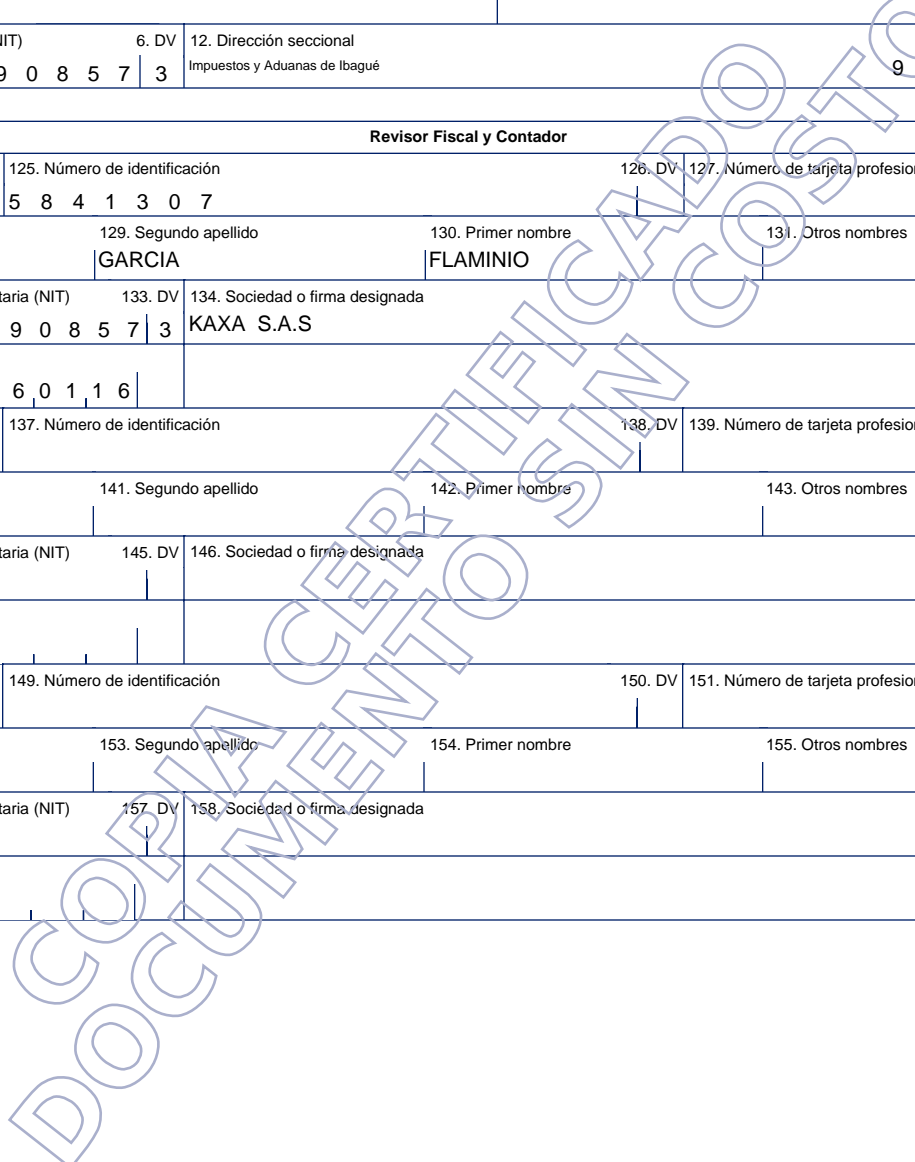


(415)7707212489984(8020) 000014124883324 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 5 9 0 8 5 7 3	6. DV 3	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Ibagué	14. Buzón electrónico 9
---	------------	--	----------------------------

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	125. Número de identificación 5 8 4 1 3 0 7	126. DV 	127. Número de tarjeta profesional 5 4 8 7 7
	128. Primer apellido CERVERA	129. Segundo apellido GARCIA	130. Primer nombre FLAMINIO	131. Otros nombres
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 5 9 0 8 5 7 3	133. DV 3	134. Sociedad o firma designada KAXA S.A.S	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 2 6 0 1 1 6			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento 	137. Número de identificación 	138. DV 	139. Número de tarjeta profesional
	140. Primer apellido 	141. Segundo apellido 	142. Primer nombre 	143. Otros nombres
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT) 	145. DV 	146. Sociedad o firma designada 	
	147. Fecha de nombramiento 			
Contador	148. Tipo de documento 	149. Número de identificación 	150. DV 	151. Número de tarjeta profesional
	152. Primer apellido 	153. Segundo apellido 	154. Primer nombre 	155. Otros nombres
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT) 	157. DV 	158. Sociedad o firma designada 	
	159. Fecha de nombramiento 			



Certificación Bancaria



Ibagué, 30 de abril de 2026.

Señor(a)
AQUIEN INTERESE

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **KAXA S.A.S** identificado (a) con NIT 901.590.857 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura	ESTADO
CUENTA AHORROS	718-000030-30	2022/06/18	A ACTIVA

Atentamente,

Claudia María Posada Álvarez
Gerente Transformación de Sucursales

* Importante: Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

