
CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.124.568.842

Apellidos
EPIEYU MONTIEL

Nombres
WINDERSON JOSE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.63

Sexo
M

Fecha de nacimiento
02 MAR 1999

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
URIBIA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
22 OCT 2024, URIBIA

Fecha de expiración
23 OCT 2034

Firma
Winderson


.CO

057543293

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL057543293648016<<<<<<<<<<<
9903023M3410233COL1124568842<4
EPIEYU<MONTIEL<<WINDERSON<JOSE

Medellín, 11 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 AG SOLUCIONES EN CONSTRUCCIÓN 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:	0000000004 BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1124568842	EPIEYU MONTIEL WINDERSON JOSE	12/04/2026		20816625	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/04/2026 11:18:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.62.0.204, 192.230.104.16, 172.16.42.57

compensar | salud eps

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

No. de Radicación | Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 10/04/26

Sello asesor

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ✓ | B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual + Cotizante o cabeza de Familia | B. Colectiva | C. Institucional | + Beneficiario o afiliado adicional | D. Por ofrta
3. Régimen: A. Contributivo ✓ | B. Subsidiado
4. Condición beneficiario: SI | No
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ✓ | B. Cabeza de familia | C. Beneficiario | D. Afiliado adicional
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ✓ | B. Independiente | C. Pensionado
7. (Código lo registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y Nombres: Efteyo Montiel Winderson Jose
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 1129568842
11. Sexo biológico: Femenino | Masculino ✓
12. Sexo identificación: F | M | T | NB | Otro | Cuál?
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: Colombia La Guajira Urbia
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 02/03/1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad SI | No | Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN: SI | No
20. Clasificación SISBEN: Nivel | Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
23. Administradora de Pensiones: Porvenir
24. Ingreso Base de cotización - IBC: 1750905
25. Tarifa Cuenta Cuenta Solidaria
26. Residencia: Cra 19 N° 56-26 sur
Teléfono: 3115905052 Correo: Winderson27717081@yhoo.com Ciudad: Bogota
Distrito Capital
Zona: Cabecera Municipal | Centro Poblado | Rural Disperso | Resto Rural

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

27. Apellidos y nombres
28. Tipo de documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino | Masculino
31. Sexo identificación: F | M | T | NB | Otro | Cuál?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

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

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-GPSVTA-0002 V002

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Scanned with CamScanner

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
01		
02		
03		
04		
05		

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

55. Nombre o razón social: AG Soluciones en Construcción Sas

56. Tipo de documento de identificación: NIT

57. Número del documento de identificación: 901459987

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

59. Ubicación: D6 77 B M9 A 73 — 5511295 — Bogota — D.C

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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

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

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)

67. Motivo de traslado: Cod

68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

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

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

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año) | 97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

Sello escrito

V1502

FOR-EPS-VTA-0002

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

Scanned with CamScanner

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:

WINDERSON JOSE EPIEYU MONTIEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.568.842**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Marzo 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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **EPIEYU MONTIEL WINDERSON JOSE, CC - 1124568842**, está afiliado(a) desde **16/04/2026**, como trabajador(a) de **AG SOLUCIONES EN CONSTRUCCION SAS**, con NIT: **9014599873**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2026-04-20**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **17 de abril de 2026** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio