REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.001.092.788**

MORENO FIGUEREDO

APELLIDOS

NICOLAS BLADIMIR

NOMBRES

Nicolas B Moreno F

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-OCT-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01053894-M-1001092788-20190104 **00640**1470[illegible] 9907079136

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 %	
C1001092788	MORENO FIGUEREDO NICOLAS BLADIMIR	12/04/2026		157221T1	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 11:22:00 .
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): 10/09/26

Sello asesor:

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Moreno	Segundo Apellido: figueredo	Primer Nombre: Nicolas	Segundo Nombre: Bladimir

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	1001092788	Femenino ☐ Masculino ✓	F ☐ M ✓ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?		País / Departamento / Municipio	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		SI ☐ No ☐ Categoría de discapacidad	SI ☐ No ☐	Nivel ☐ Grupo ☐		Sura

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Porvenir	1750905		Cll 127 C bis # 93 - 12	3005665583	nicolasbladimir@gmail.com	

Departamento	Municipio	Localidad/Comuna	Zona	Barrio
Bogotá	Distrito capital.		Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐	

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V002

FOR-EPSYTA-0002

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		
81		
82		
83		
84		
85		

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 119 # 73			5511295
		Bogotá	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 ☐ Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado: Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

Nicolas Moreno Figueredo	Kayla Sofia M.
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad de documentos de identidad anexos:
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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 aseve

FOR-EPSYTA-0002 V002

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

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

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:

NICOLAS BLADIMIR MORENO FIGUEREDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.092.788**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MORENO FIGUEREDO NICOLAS BLADIMIR, CC - 1001092788**, está afiliado(a) desde **17/04/2026**, 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