	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	CÓDIGO:	DE-DEAJU-FR-047
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL - CONTRATOS, CONVENIOS U ÓRDENES DE COMPRA	VERSIÓN No.	01
		VIGENCIA:	13-03-2026

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO O CONVENIO

Unidad y/o Dependencia	**CACOM 2-GRUAL-ESSER**
Fecha del informe	Dia: 01 Mes: 07 Año: 2026
Tipo de informe	Parcial: X Final:
Periodo evaluado	Mes: **06** Año: 2026
Número de Contrato	043-00-E-CACOM-2-GRUAL-2025
Contratista	ZENIT INGENIERIA S.A.S.
Objeto	SERVICIO INTEGRAL DE ASEO Y LIMPIEZA PARA LAS INSTALACIONES DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 2 Y ZONAS DESCONCENTRADAS ASIGNADAS LOGÍSTICAMENTE, DE CONFORMIDAD CON LA FICHA TÉCNICA.
Valor del Contrato	El valor del presente contrato es por la suma de TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON NOVENTA Y CINCO CENTAVOS MCTE ($367.509.966,95) valor que incluye el IVA correspondiente, de conformidad con la oferta presentada y respectiva verificación aritmética. Discriminado por vigencias como se relaciona a continuación: **VIGENCIA ACTUAL 2025:** CIENTO SETENTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS CON CUARENTA Y UN CENTAVOS ($178.693.540,41). **VIGENCIA FUTURA 2026:** CIENTO OCHENTA Y OCHO MILLONES OCHOCIENTOS DIECISÉIS MIL CUATROCIENTOS VEINTISÉIS PESOS CON CINCUENTA Y CUATRO CENTAVOS ($ 188.816.426,54).
Fecha Suscripción	Dia: 24 Mes: 07 Año: 2025
Plazo de Ejecución	Dia: 31 Mes: 07 Año: 2026
Forma de Pago	LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 2 realizará el pago en moneda colombiana de la siguiente forma:

No.	DESCRIPCIÓN	CORTE	PAC	VALOR
1	Servicio prestado en el mes de agosto de 2025	31 de agosto 2025	Octubre 2025	De acuerdo a facturación
2	Servicio prestado en el mes de septiembre de 2025	30 de septiembre 2025	Noviembre 2025	De acuerdo a facturación
3	Servicio prestado en el mes de octubre de 2025	31 de octubre 2025	Diciembre 2025 y/o CXP PRIMER TRIMESTRE 2026	De acuerdo a facturación
4	Servicio prestado en el mes de noviembre de 2025	30 de noviembre 2025	Diciembre 2025y/o CXP PRIMER TRIMESTRE 2026	De acuerdo a facturación
5	Servicio prestado en el mes de diciembre de 2025	31 de diciembre 2025	Diciembre 2025y/o CXP PRIMER TRIMESTRE 2026	De acuerdo a facturación

No.	DESCRIPCIÓN	CORTE	PAC	VALOR
1	Servicio prestado en el mes de enero de 2026	31 de enero 2026	Marzo 2026	De acuerdo a facturación
2	Servicio prestado en el mes de febrero de 2026	28 de febrero 2026	Abril 2026	De acuerdo a facturación

3	Servicio prestado en el mes de marzo de 2026	31 de marzo 2026	Mayo 2026	De acuerdo a facturación
4	Servicio prestado en el mes de abril de 2026	30 de abril 2026	Junio 2026	De acuerdo a facturación
5	Servicio prestado en el mes de mayo de 2026	31 de mayo 2026	Julio 2026	De acuerdo a facturación
6	Servicio prestado en el mes de junio de 2026	30 de junio 2026	Agosto 2026	De acuerdo a facturación
7	Servicio prestado en el mes de julio de 2026	31 de julio 2026	Septiembre 2026	De acuerdo a facturación

2. CUMPLIMIENTO CONDICIONES INICIO EJECUCIÓN CONTRATO O CONVENIO

Registro Presupuestal	No.: 5826 Dia: 06 Mes: 01 Año: 2026
Oficio Aprobación Vigencias Futuras (si aplica)	No.: Dia: Mes: Año:
Registro Presupuestal VF	No.: Dia: Mes: Año:
Aprobación Garantía de Cumplimiento	Dia:31 Mes: 07 Año: 2025
Aprobación Garantía RCE	Dia: 31 Mes: 07 Año: 2025
Aprobación - Otras Garantías (Póliza Aeronáutica, Póliza de Transporte)	Dia: Mes: Año:
Acta de Inicio de Ejecución (si aplica)	Dia:01 Mes: 08 Año: 2025

3. MODIFICATORIOS / SUSPENSIONES

NO APLICA.

PRIMER MODIFICATORIO	
Fecha firma Modificatorio	Dia: Mes: Año: N/A
Objeto de la Modificación	N/A
Valor Adicionado / reducción (Si aplica)	N/A
Nuevo Valor Contrato	N/A
Nuevo Plazo ejecución (Si aplica)	Dia: Mes: Año:
Registro Presupuestal Ajustado	No. Día: Mes: Año:
Aprobación Garantía Cumplimiento Modificatorio (si aplica)	Dia: Mes: Año:
Aprobatorio Garantía RCE Modificatorio (si aplica)	Dia: Mes: Año:
Aprobación - Otras Garantías	Dia: Mes: Año:

PRIMERA SUSPENSIÓN	
Fecha firma	Día: Mes: Año:
Objeto de la Suspensión	(Conforme justificación)
Reinicio	Día: Mes: Año:
Observaciones	N/A

4. PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TÍTULO PROFESIONAL O TÉCNICO)
AMANDA VIVIANA ORTEGA OJEDA	Auxiliar de servicios generales	1.088.597.330
ANA VALENTINA TORRES USECHE	Auxiliar de servicios generales	1.093.072.718
YUDI ESTELLA MORENO OSORIO	Auxiliar de servicios generales	1.033.686.243
MERCEDES ELIZABETH TORRES DIAZ	Auxiliar de servicios generales	40.378.340
LEDYS JUDITH REVOLLO RODRIGUEZ	Auxiliar de servicios generales	1.083.562.087
NANCY MURCIA MOTTA	Auxiliar de servicios generales SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	69.010.961

5. ESTADO DE EJECUCIÓN (PLAZO VS CUMPLIMIENTO)

Avance Físico	[90.00] %
Avance en Tiempo	[91.39] %
Estado del Contrato	En ejecución: X Ejecutado: Suspendido:
Cumplimiento general	Sí No

6. ESTADO FINANCIERO

Valor del Contrato	$367.509.966,95
Valor y Porcentaje de Pagos realizados	$340.536.191.73 (77,98%)
Valor y Porcentaje de Pagos pendientes de realizar	$107.895.100,79 (22.02%)

Pago No.	Fecha Acta Recibo a Satisfacción	No Factura y Fecha	Valor Tramitado	No Orden de Pago y fecha	Valor Pagado
1	31-08-2025	FEVZ 386 DEL 02/09/2025	33.837.722,59	349600225 24/09/2025	$ 33.837.722,59
2	30/09/2025	FEVZ 387 DEL 02-10-2025	33.837.722,59	408359425 27/10/2025	$ 33.837.722,59
3	31/10/2025	FEVZ 388 DEL 31-10-2025	33.837.722,59	500417825 16/12/2025	$ 33.837.722,59
4	30/11/2025	FEVZ 389 DEL 30-11-2025	38.590.186,32	5772326 20/01/2025	$ 38.590.186,32

5	31/12/2025	FEVZ 395 DEL 31-12-2025	38.590.186,32	6917026 21/01/2025	$ 38.590.186,32
6	31/01/2026	FEVZ 396 DEL 05-02/2026	26,973,775.22	67441426 10/03/205	$ 26,973,775.22
7	28/02/2026	FEVZ 400 DEL 12-03/2026	26,973,775.22	111835326 10/04/2025	$ 26,973,775.22
8	31/03/2026	FEVZ 402 DEL 24/04/2026	26,973,775.22	166083426 14/05/2026	$ 26,973,775.22
9	30/04/2026	FACTURA FEVZ 404 05/05/2026	26,973,775.22	181884526 26/05/2026	$ 26,973,775.22
10	31/05/2026	FACTURA FEVZ 405 10/06/2026	26,973,775.22	PENDIENTE PAGO	$ 26,973,775.22
11	30/06/2026	FACTURA FEVZ 406	26,973,775.22	PENDIENTE PAGO	$ 26,973,775.22
				Total, Pagos	$340,536,191.73

ANEXOS SOPORTES DEL PAGO O PAGOS REALIZADOS DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISIÓN (SOPORTES DE LA FACTURACIÓN).

NO APLICA.

7. CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL (Contratista / Entidad)

Se anexa al final del documento la documentación correspondiente, consistente en planillas de seguridad social, certificación bancaria, oficio de paz y salvo, comprobantes de pago de parafiscales y la respectiva factura.

Objeto contractual	Cumple: X No cumple: No aplica:
Cronograma (Adjuntar)	Cumple: No cumple: No aplica: X
Especificaciones técnicas	Cumple: X No cumple: No aplica:
Pólizas vigentes y aprobadas en la Plataforma SECOP II	Cumple: X No cumple: No aplica:
Obligaciones contractuales generales y especificas	Cumple: X No cumple: No aplica:
Clausula Catalogación	Cumple: No cumple: No aplica: X
Clausula Offset	Cumple: No cumple: No aplica: X
Cargue facturas en Plataforma SECOP II	Cumple: X No cumple: No aplica:
Otras obligaciones de ejecución (ponderables, entregables etc.).	Cumple: No cumple: No aplica: X
Acta de Liquidación o Constancia de No Liquidación	Cumple: No cumple: No aplica: X

Otros	N/A

7.1.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS E INFORME DE TRABAJOS REALIZADOS POR EL CONTRATISTA DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISIÓN

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS E INFORME DE TRABAJOS REALIZADOS POR EL CONTRATISTA DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISIÓN

Durante el período comprendido entre el **1 al 31 de Mayo de 2026**, se ejecutaron las actividades correspondientes al **Servicio Integral de Aseo y Limpieza a Todo Costo** en las instalaciones del **Comando Aéreo de Combate No. 2**, **PAC RADAR DE SAN JOSE.** conforme a lo establecido en el contrato vigente, Las labores realizadas durante el mes incluyeron actividades de **aseo profundo, limpieza general y desinfección** en áreas tanto **administrativas como operativas**, con el objetivo de garantizar la salubridad, el orden y el buen estado de las instalaciones. Estas tareas comprenden:

- Limpieza y desinfección de superficies, mobiliario, equipos y zonas comunes.
- Aseo general: barrido, trapeado, encerado de pisos, eliminación de polvo y telarañas, lavado y desinfección de baños.
- Limpieza de vidrios, ventanas, espejos, paredes y sanitarios.
- Recolección y disposición de residuos sólidos.

Áreas Intervenidas

Las labores de limpieza se ejecutaron en los siguientes espacios:

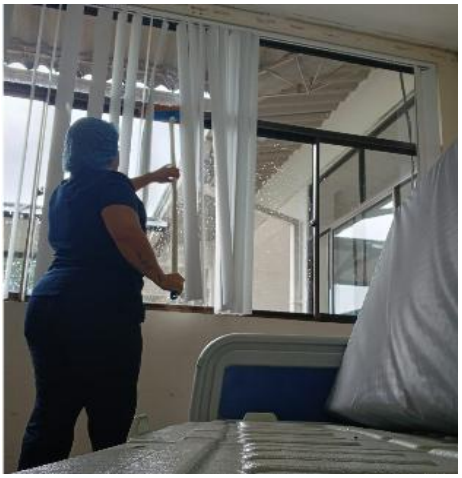
1. **Hotel de barraca de transeúntes suboficiales** (16 habitaciones).
2. **Hotel de barraca de transeúntes oficiales** (52 habitaciones).
3. **Casino de oficiales y suboficiales**, incluyendo zonas comunes, piscinas y quioscos.
4. **Auditorio Yátaro.**
5. **Guardia Principal.**
6. **Oficinas de PAC RADAR DE SAN JOSE**

Comando Aéreo de Combate No. 2

Detalle de Actividades Realizadas

- Limpieza y desinfección completa de las áreas mencionadas.
- Tendido y arreglo de camas en las habitaciones de transeúntes.
- Control de olores en espacios cerrados y sanitarios.
- Barrido y trapeado de pasillos, habitaciones y áreas comunes.
- Limpieza, desinfección y organización de mobiliario y elementos decorativos.
- Vaciado de contenedores de basura, canecas y papeleras.
- Reposición de bolsas plásticas en los puntos de recolección de residuos.
- Lavado y desinfección de sanitarios, orinales, lavamanos, duchas, griferías, accesorios, espejos, paredes, puertas y divisiones.
- Limpieza detallada de muebles (poltronas, mesas), persianas, ventanas y vidrios.

- Pulido y abrillantado de muebles y superficies.








Se da cumplimiento a los factores de calidad establecidos en la cláusula 7 – *Obligaciones: Factores de calidad y/o técnicos*, mediante la ejecución de labores de mantenimiento los días sábados, en el horario de 10:00 a 11:00 horas. Estas labores incluyen el mantenimiento de pisos cerámicos y de porcelanato, así como el mantenimiento de pisos de madera mediante el uso de pulidora, con el fin de garantizar su conservación y buen estado.

La Macarena Meta:

En el municipio de La Macarena no se está prestando el servicio, ya que en el contrato quedó establecido lo siguiente:

> Cabe resaltar que el servicio de aseo en el BLARP Poseidón, ubicado en La Macarena (Meta), iniciará la vigencia 2026 cuando la entidad cuente con los recursos presupuestales, por medio de una modificación al contrato, permitiendo adicionar la prestación del servicio de acuerdo a la necesidad de la entidad.

PAC RADAR DE SAN JOSE.

- Limpieza y desinfección de superficies, mobiliario, equipos y zonas comunes.
- Aseo general: barrido, trapeado, encerado de pisos, eliminación de polvo y telarañas, lavado y desinfección de baños.
- Limpieza de vidrios, ventanas, espejos, paredes y sanitarios.
- Recolección y disposición de residuos sólidos.







Observaciones Finales

Las labores ejecutadas durante el mes de Junio se realizaron de forma integral, cumpliendo con los estándares de higiene, seguridad y mantenimiento exigidos. Estas actividades forman parte del plan de mantenimiento preventivo y correctivo establecido contractualmente, con el fin de garantizar condiciones óptimas de funcionamiento y habitabilidad en todas las instalaciones del Comando Aéreo de Combate No. 2.

INFORME SOBRE EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONVENIDAS		
4.1.2. Obligaciones generales y particulares del futuro contratista. 1. Sera obligación del contratista suscribir el acta de inicio una vez se perfeccione el contrato, la cual será elaborada y firmada por el supervisor del contrato, indicando también	CUMPLIMIENTO	SE CUMPLE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO

allí el nombre de las personas que realizaran las tareas del contrato, las cuales tendrán aprobado el estudio de seguridad además de contar con su seguridad social, así mismo el supervisor debe velar porque el contratista cumpla a cabalidad los términos del contrato, y en referencia a lo establecido en el Decreto legislativo 0175 del 14 de febrero de 2025 el contratista deberá enviar soporte del pago del impuesto timbre. 2. Para las operarias que desarrolle sus funciones en el Comando Aéreo de Combate N°2 y el Establecimiento de Sanidad militar en coordinación con el supervisor del contrato deberá anexar: La hoja de vida de la persona asignada por parte de la empresa para realizar las actividades de aseo del con los siguientes requisitos: • Educación Básica Primaria. • Certificación que acredite la experiencia mínima de un (1) año, desempeñándose como operario en labores de limpieza y desinfección en el ámbito hospitalario. • Certificación de curso de manejo de residuos o gestión de residuos hospitalarios expedidos por una institución avalada por el Ministerio de Educación (SNIES- SIET). • Certificación de curso de manejo de limpieza y desinfección hospitalaria o bioseguridad y desinfección de áreas locativas expedidas por una institución avalada por el Ministerio de Educación (SNIES- SIET). • Certificación de curso manipulación de sustancias químicas expedido por una institución avalada por el Ministerio de Educación (SNIES- SIET). • Carnet de vacunas o certificación PAI donde se evidencie que el personal cuenta con el siguiente esquema de vacunación: ➢ Hepatitis A		

➢ Hepatitis B ➢ Triple Viral ➢ Toxoide tetánico y Diftérico ➢ Fiebre Amarilla ➢ Neumococo Polisacárido ➢ Influenza 3. La empresa contratista asignará una persona quien hará las funciones de coordinador, con el respectivo número de celular por parte de la empresa contratista quien mantendrá comunicación directa entre esta y el supervisor del Contrato CACOM-2, dejando consignado estos en datos en el acta de inicio. 4. La empresa se obliga a remplazar al (los) trabajador(es) o personal de forma inmediata y asignar el reemplazo el mismo día en el evento de presentarse irregularidades como son; vacaciones, incapacidades, permisos, citas médicas, etc. o solicitudes realizadas por parte del supervisor, por tanto, debe demostrar estar en la capacidad de solventar o cubrir cualquier novedad que se presente. 5 El Contratista deberá responder por cualquier daño ocasionado a los equipos de sanidad durante la ejecución del trabajo; La reposición, cambio y arreglo correrá por cuenta de la empresa de aseo. 6. Es responsabilidad del contratista, realizar las gestiones pertinentes para el ingreso de su personal, por medio del supervisor del contrato ante el departamento de contrainteligencia y seguridad del CACOM2, esto una vez firmado el contrato con el fin de evitar posteriores inconvenientes y traumatismos administrativos. 7. Desarrollar y cumplir el objeto del contrato, en las condiciones de calidad, oportunidad y obligaciones definidas en el presente contrato, incluyendo su Anexo Técnico y sus Pliegos		

de Condiciones. 8. Colaborar con LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA en cualquier requerimiento que ella haga. 9. Garantizar la calidad de los bienes y servicios prestados, de acuerdo con el Anexo 1 - Anexo Técnico - especificaciones técnicas y la oferta presentada a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA. 10. Dar a conocer a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA cualquier reclamación que directa o indirectamente pueda tener algún efecto sobre el objeto del contrato o sobre sus obligaciones. 11. Comunicarle a LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA cualquier circunstancia política, jurídica, social, económica, técnica, ambiental o de cualquier tipo, que pueda afectar la ejecución del contrato. 12. Cumplir las obligaciones en materia ambiental, predial y de responsabilidad social que les competen conforme a normas aplicables y las especificaciones técnicas del mantenimiento. 13. Dedicar toda su capacidad en el cumplimiento de sus obligaciones. 14. Dar cumplimiento con las actividades establecidas en el contrato. 15. El contratista seleccionado deberá presentar y cargar las garantías que corresponde en el plazo estipulado por la entidad. 16. Acatar y aplicar de manera inteligente las observaciones y recomendaciones impartidas por el supervisor del contrato.		

17.Teniendo en cuenta que los cortes de facturación se realizaran el último día del mes, la empresa contratista se obliga a entregar dentro de los dos (2) primeros días hábiles de cada mes la documentación requerida por parte del supervisor del contrato, así: Factura original, anexar los soportes pago seguridad social, riesgos profesionales y aportes parafiscales de los últimos 3 meses. Ante la falta de oportunidad en la entrega de estos documentos el CACOM-2 se exime de las responsabilidades en la demora de los pagos. Una vez revisada la documentación y aprobada es obligación del contratista cargar dicha documentación a la plataforma de SECOP II para continuar con el respectivo tramite de pagos. Se recuerda que este procedimiento ES OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA antes del trámite de pago, sí no se realiza no se tramitará el PAC respectivo; en caso de renuencia del contratista será considerado como un incumplimiento de las obligaciones a su cargo. 18. Mantener la reserva de la información o documentos que conozca con ocasión de la ejecución del contrato. 19.El contratista deberá ceñirse a las normas de tránsito y de seguridad de la unidad. 20. Informar de forma inmediata al supervisor del contrato de cualquier anomalía que se presente durante la ejecución del mismo. 21. Los elementos, insumos y equipos de aseo, se entregarán a las operarias por parte de la empresa contratista, una vez se firme el acta de inicio; igualmente en el acta de inicio		

deberán establecer nombre y número de contacto del supervisor de la empresa contratista para la entrega de los elementos de aseo. 22. La entrega de los elementos necesarios para realizar el aseo y limpieza se deberá hacer los cinco (05) primeros días calendarios de cada mes, de lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 pm en las instalaciones del CACOM-2 y en BLART POSEIDON La OMEGA. Para el servicio en el PAC RADAR SAN JOSE DEL GUAVIARE, el contratista deberá coordinar con la operaria de aseo asignada a esta locación, para el recibo de los insumos e implementos. Los implementos se entregarán a las operarias por parte del coordinador de la compañía contratista en coordinación con el supervisor del contrato. 23. Las demás que señale la ley y normas complementarias.		
4.1.2.1 Obligaciones del sistema integrado de gestión 4.1.2.2. Sistema de gestión de la calidad. El futuro contratista deberá implementar un sistema de gestión de calidad según la normativa colombiana vigente y dar estricta atención a las normas técnicas nacionales y extranjeras para el cumplimiento del objeto contractual, de conformidad numeral 5 de la ley 80 de 1993 al artículo 4.	CUMPLIMIENTO	SE CUMPLE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO
4.1.2.1.2 Seguridad física y de la información. El contratista deberá entregar los documentos requeridos por el grupo de inteligencia para realizar el estudio de seguridad de las operarias, documentos que el supervisor informara en su momento al contratista, se deberá prever que la aprobación y elaboración de estos estudios requieren de aproximadamente quince (15) días hábiles, y que son necesarios	CUMPLIMIENTO	SE CUMPLE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO

para el ingreso a la unidad militar y tener disponibilidad para cumplir cualquier eventualidad y el normal cumplimiento del contrato, de lo contrario, perjudicaría a la entidad contratante en sus actividades diarias, lo que se verá reflejado en un incumplimiento por parte del contratista. Informar a través de la línea anticorrupción de la Fuerza Aéroespacial actos relacionados con Corrupción Interna o cualquier tipo de actividad ilícita en las cuales puedan estar incurriendo, realizando o participando funcionarios activos y/o retirados de la F.A.C a través del Correo electrónico atencionciudadanacacom2@fac.mil.co o la Línea gratuita 018000 115010. PBX: (098) 661 64 12 EXT:1090. Dar cumplimiento a lo establecido en la ley 2013 de 2019, “Por medio del cual se busca garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad mediante la publicación de las declaraciones de bienes, renta y el registro de los conflictos de interés”. El estudio de seguridad deberá ser tramitado por la empresa contratista y asumirá los costos de la elaboración de los respectivos ficheros de identificación de personal, trasportes y documentos para su realización. Una vez terminado el contrato los ficheros deberán ser devueltos al supervisor del contrato. El contratista deberá suministrar al personal los uniformes de trabajo conforme a lo estipulado en el código sustantivo de trabajo Art. 230, acorde con el trabajo a realizar (pantalón, camisa y zapatos antideslizantes). Se debe entregar una dotación completa para iniciar labores una vez se suscriba el		

acta de inicio, así mismo, entregar los elementos de protección personal y bioseguridad que se requieran para realizar las funciones y labores de aseo de manera eficiente. Cumplir con el Decreto 768 de 2022 del Gestor Normativo y su Anexo Técnico, "Por el cual se actualiza la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones", o aquellas que las adicionen, modifiquen o deroguen. El presente Decreto se aplica a los afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, a las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL y a los operadores de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA. · El contratista deberá presentar constancia proferida por la ARL en la cual se indique un cumplimiento igual o superior al 80% de las fases de implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas en la Resolución No. 0312 de 2019 del Ministerio de Trabajo y/o lo establecido en el artículo 19 de la Resolución 0312 de 2019 que reza: "selección y evaluación de proveedores y contratistas: Dentro de los parámetros de selección y evaluación de proveedores y contratistas, el contratante podrá incluir criterios que le permitan conocer que el proveedor o contratista cuenta con los estándares mínimos establecidos en la presente norma para empresas con más del 50 trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III,IV o V y las de cincuenta (50) o menos trabajadores con riesgo IV o V". Nota: Cabe aclarar que durante la fase de selección no se requerirá lo anteriormente mencionado sin embargo previo a la suscripción del acta de inicio, deberá ser entregado al		

supervisor para su respectiva verificación. · Dar cumplimiento a la Guía del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSSTFAC Versión 4, y la Guía Lineamientos Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y Proveedores al Servicio de la Fuerza Aéroespacial Colombina, así como aquellas que las adicionen, modifiquen o deroguen. · Cumplir la resolución No 5021 de 2022 expedida por el Ministerio de Salud “Por lo cual se adopta la Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en la Unidad de Gestión General del Ministerio de Defensa Nacional, Comando General de las Fuerzas Militares (…) y se dictan otras disposiciones”. · Tomar las medidas de seguridad y sanitarias necesarias de protección en las instalaciones, tendientes a evitar accidentes de trabajo, observar las disposiciones legales vigentes, ejercer control permanente; y, de ocurrir accidentes, responderá por los costos e indemnizaciones a que haya lugar. Suministrar o tener en su sitio de almacenamiento las medicinas y elementos de botiquín que se requieran para sortear emergencias del personal a su cargo. Así mismo, responderá por la seguridad del personal y cuidará de los elementos necesarios para la correcta prestacion del servicio. · Acreditar que se encuentra al día el pago de aportes parafiscales · El contratista en coordinación con el supervisor deberá dar cumplimiento a las condiciones de seguridad de ingreso y egreso al BLARP POSEIDON la Macarena. PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL Establecer y ejecutar en forma permanente el programa de salud		

ocupacional, según lo establecido en las normas vigentes (es responsable de los riesgos originados en su ambiente de trabajo), lo anterior será verificado por el supervisor del contrato. Dentro del programa de salud ocupacional se deberá tener en cuenta los siguientes objetivos: Identificar los factores de riesgo existentes, con el fin de poner en práctica medidas de control que mejoren las condiciones de trabajo y salud para las personas que trabajan en las zonas donde se requiere el servicio de aseo. Crear estándares de seguridad y vigilancia que ayuden a evitar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Ubicar y mantener al trabajador según sus aptitudes físicas y psicológicas, en ocupaciones que pueda desempeñar eficientemente sin poner en peligro su salud o la de sus compañeros. Procurar una adecuada y oportuna atención médica en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional. Verificar la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo. Equipos de Protección Personal: Los EPP comprenden todos aquellos dispositivos, accesorios y vestimentas de diversos diseños que emplea el trabajador para protegerse contra posibles lesiones. Los equipos de protección personal (EPP) constituyen uno de los conceptos más básicos en cuanto a la seguridad en el lugar de trabajo y son necesarios, por lo tanto, todo el personal del Contratista debe ser dotado con elementos para protección personal durante el trabajo; tales elementos deben estar en perfecto estado y ser de buena calidad. En caso de daño o deterioro que		

reduzcan la protección que normalmente ofrecen, deben ser inmediatamente remplazados por otros de primera calidad sin que afecte el precio, duración y costo de cada actividad.		
Equipos de Protección Personal: Los EPP comprenden todos aquellos dispositivos, accesorios y vestimentas de diversos diseños que emplea el trabajador para protegerse contra posibles lesiones. Los equipos de protección personal (EPP) constituyen uno de los conceptos más básicos en cuanto a la seguridad en el lugar de trabajo y son necesarios, por lo tanto, todo el personal del Contratista debe ser dotado con elementos para protección personal durante el trabajo; tales elementos deben estar en perfecto estado y ser de buena calidad. En caso de daño o deterioro que reduzcan la protección que normalmente ofrecen, deben ser inmediatamente remplazados por otros de primera calidad sin que afecte el precio, duración y costo de cada actividad.	CUMPLIMIENTO	SE CUMPLE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO
4.1.2.1.1. Gestión ambiental. Cumplir con la Directiva Permanente FAC No. 003-2021 “Plan de acción ambiental 2021-2022”, así como aquellas que las adicionen, modifiquen o deroguen. Donde se establece que: 7.72) Actualiza permanentemente la normativa aplicable que sea establecida dentro de la legislación nacional sobre Manejo de Residuos Hospitalarios. 7.73) Verifica la disposición final de los residuos hospitalarios en sitio, de forma anual, con el acompañamiento de las Escuadrilla y/o Elementos Medio Ambiente y envía el reporte a OFGEA, anexando la certificación y un acta con el registro fotográfico de la visita. Este reporte debe ser enviado de acuerdo con los plazos establecidos por OFGEA 7.74) Verifica el cumplimiento de la normativa ambiental vigente en materia de residuos	CUMPLIMIENTO	SE CUMPLE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO

hospitalarios en lo relacionado con el transporte y disposición final." Cumplir con el Decreto 4741 de 2005 Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, por el cual se reglamente parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en marco de la gestión integral. Cumplir con la política ambiental, implementando buenas prácticas ambientales relacionadas con el ahorro y uso eficiente de agua, energía y papel y manejo de residuos.		

7.1.2 DESCRIPCIÓN DETALLADA DE TRABAJOS PENDIENTES Y OBSERVACIONES

El día 28 de diciembre de 2025 se recibió correo electrónico por parte de la empresa **ZENIT**, mediante el cual solicitaban el estudio del incremento del salario mínimo. Ese mismo día se dio inicio al trámite correspondiente para el análisis de la solicitud.

Posteriormente, el 07 de enero de 2026 se remitió respuesta vía correo electrónico, indicándoles que era necesario precisar y ampliar la información suministrada, con el fin de poder emitir una respuesta clara, concreta y de fondo.

El 16 de enero de 2026, la empresa **ZENIT** allegó respuesta adjuntando las respectivas sábanas de valores para sustentar su solicitud. En consecuencia, se procedió a realizar el estudio técnico y financiero correspondiente.

Finalmente, el 24 de febrero de 2026 se emitió oficio de respuesta a través de la plataforma **SECOP II**, informando a la empresa que, de acuerdo con el análisis efectuado, no se evidencia la existencia de un desequilibrio económico en el contrato. Asimismo, se dejó constancia de la respectiva notificación por dicho medio.

A 06/04/2026, la empresa emitió pronunciamiento respecto a lo solicitado, el cual fue remitido al área financiera para su respectivo análisis. Actualmente, se encuentra en espera de respuesta con el fin de determinar si existe o no un desequilibrio económico. Cabe señalar que, hasta el momento, no se ha recibido comunicación adicional por parte de la empresa frente a la respuesta otorgada.

El día 05/05/2026 se recibió respuesta por parte del área financiera, mediante la cual nuevamente se solicitó documentación a la empresa, toda vez que la información allegada anteriormente no se encontraba desglosada, razón por la cual no era posible emitir un concepto o respuesta frente al presunto desequilibrio económico informado.

El día 21 de mayo de 2026 se realizó comunicación telefónica con la empresa Zenit, con el fin de solicitar información relacionada con la documentación requerida por el CACOM 2. Durante la llamada, los representantes de la empresa manifestaron que no emitirían respuestas adicionales respecto a la solicitud realizada.

El día 18 de junio de 2026 se realizó una comunicación a través de la plataforma SECOP II, mediante la cual se solicitó a la empresa Zenit Ingeniería S.A.S. la documentación necesaria para dar continuidad al trámite relacionado con el presunto desequilibrio económico manifestado por dicha empresa. No obstante, a la fecha no se ha recibido respuesta ni la información requerida por parte del contratista.

Continuar con la ejecución de las actividades conforme al plan de ejecución previamente establecido

8. INCUMPLIMIENTOS / NOVEDADES (Contratista / Entidad)

Contratista	Sí: ___No: __X__
Entidad	Sí: ___No: __X__

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS (MATRIZ)

¿Riesgos materializados?	Sí: No: X
¿Posible materialización de riesgos?	Sí: No: X

Observaciones: N/A

10. DATOS DESTINO FINAL DE LOS BIENES Y /O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO

Ingreso a Almacén	Sí __ No _X_
No. soporte y fecha (SAP)	No. soporte Fecha Dia: Mes: Año:
Dependencia destino final del bien o servicio	N/A
Observaciones	N/A

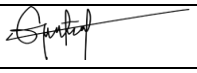
11. CONCLUSIÓN EJECUTIVA

Informe parcial: A la fecha, el contrato se encuentra en ejecución y se está cumpliendo sin novedades relevantes. El desarrollo de las actividades se ha realizado conforme a lo establecido en el objeto contractual y en las obligaciones pactadas, evidenciando un adecuado nivel de cumplimiento por parte del contratista.

En cuanto al seguimiento, se recomienda continuar con la supervisión permanente, verificando el cumplimiento de los tiempos, entregables y condiciones acordadas, con el fin de garantizar la correcta ejecución del contrato.

Por el momento, no se evidencia la necesidad de prórrogas ni modificaciones contractuales, así como tampoco se identifican situaciones que den lugar al inicio de actuaciones por presunto incumplimiento. Se sugiere mantener el monitoreo constante para asegurar que las condiciones actuales se conserven durante el desarrollo del contrato.

12. FIRMA

Nombre del Supervisor	AT. GONZALEZ ROMERO MARIA ALEJANDRA Supervisor Principal	**C.C.**1.193.236.111 RESTREPO-META
Acto Administrativo Nombramiento	Resolución No. 001 del 13 de enero de 2025	
Acta entrega fecha	N/A	
Tipo Novedad	N/A	
Dependencia:	GRUPO DE APOYO LOGÍSTICO	
Firma		

VoBo. Gerente Proyecto.
TC. JEISSON LEONARDO LUJAN SABOGAL

VoBo. SEPLA.
CT. MARTINEZ DELGADO JOSE ALEJANDRO

ZENIT INGENIERIA S.A.S

NIT 900838509 - 9

Bogotá D.C., Junio 30 del 2026

Señores,

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – COMANDO AÉREO DE COMBATE No 2

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PAGO DE NOMINAS Y APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

La presente es con la finalidad de dar veracidad que a la fecha 30 de Junio 2026, la empresa **ZENIT INGENIERIA S.A.S.,** identificada con el **NIT 900.838.509 – 9**, se encuentra a paz y salvo con los trabajadores que se encuentran en todos los proyectos que se maneja, en la empresa.

Respecto al pago de parafiscales, estamos acogidos al artículo 114 – 1 del estatuto tributario: "*Estarán exoneradas 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".*

Cordialmente,

SUGEY MILENA CAMELO MONTES
Contador Público
C.C. 49.668.842

LUIS CARLOS SOTO ULLOA
Representante Legal
C.C. 1.118.535.036

Dirección: Calle 166 No 8F – 15, Piso 3, Bogotá D.C.
Página web: www.zenitcolombia.com
E – mail: zenitingenieriacol@gmail.com
Cel.: 3112307662 – 3106287472 – 3016555592

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900838509	9	ZENIT INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ZENIT INGENIERIA SAS	CALLE 166 No 8F - 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112307662	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-07	439190646	9507386567	E	2026/07/03	2026/07/01	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$2,966,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ZENIT INGENIERIA SAS (2 Afiliados)																							$3,501,810	$560,400			$3,501,810	$140,200			$3,501,810	$140,200			$3,501,810		$18,400		$0	$0		$859,200
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO (2 Afiliados)																							$3,501,810	$560,400			$3,501,810	$140,200			$3,501,810	$140,200			$3,501,810		$18,400		$0	$0		$859,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							$3,501,810	$560,400			$3,501,810	$140,200			$3,501,810	$140,200			$3,501,810		$18,400		$0	$0		$859,200
1	CC	1118839371	GUTIERREZ ARANTXA																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS001	30	$1,750,905	$70,100	CCF21	30	$1,750,905	$70,100	14-7	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	30	$0	$0	Si	$429,600
2	CC	1118535036	SOTO LUIS																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS001	30	$1,750,905	$70,100	CCF21	30	$1,750,905	$70,100	14-7	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	30	$0	$0	Si	$429,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CACOM - 2 Y SANIDAD MILITAR (5 Afiliados)																							$7,003,620	$1,120,800			$8,754,525	$350,500			$8,754,525	$350,500			$8,754,525		$91,500		$0	$0		$1,913,300
Centro de Trabajo: CACOM - 2 Y SANIDAD MILITAR (5 Afiliados)																							$7,003,620	$1,120,800			$8,754,525	$350,500			$8,754,525	$350,500			$8,754,525		$91,500		$0	$0		$1,913,300
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (5 Afiliados)																							$7,003,620	$1,120,800			$8,754,525	$350,500			$8,754,525	$350,500			$8,754,525		$91,500		$0	$0		$1,913,300
3	CC	1033686243	MORENO JUDY																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF34	30	$1,750,905	$70,100	14-7	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
4	CC	1088597330	ORTEGA AMANDA																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF34	30	$1,750,905	$70,100	14-7	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
5	CC	1083562087	RODRIGUEZ LEDYS																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF34	30	$1,750,905	$70,100	14-7	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
6	CC	1193072718	TORRES ANA																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	CCFC55	30	$1,750,905	$70,100	CCF34	30	$1,750,905	$70,100	14-7	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
7	CC	40378340	TORRES MERCEDES																			0	$0	$0	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF34	30	$1,750,905	$70,100	14-7	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$158,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PAC RADAR SAN JOSE (1 Afiliados)																							$875,453	$140,100			$0	$0			$875,453	$35,100			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$193,500
Centro de Trabajo: PAC RADAR SAN JOSE (1 Afiliados)																							$875,453	$140,100			$0	$0			$875,453	$35,100			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$193,500
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)																							$875,453	$140,100			$0	$0			$875,453	$35,100			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$193,500
8	CC	69010961	MURCIA NANCY																		230301	9	$875,453	$140,100		0	$0	$0	CCF68	9	$875,453	$35,100	14-7	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	9	$0	$0	No	$193,500
Total		**Afiliados(8)**																					$11,380,883	$1,821,300			$12,256,335	$490,700			$13,131,788	$525,800			$14,007,240		$128,200		$0	$0		$2,966,000

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$1,821,300	$0	$0	$1,821,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$1,260,900	$0	$0	$1,260,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$128,200	$0	$0	$128,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	8	$128,200	$0	$0	$128,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 3)				8	$525,800	$0	$0	$525,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$140,200	$0	$0	$140,200
COFREM	CCF34	892,000,146	3	5	$350,500	$0	$0	$350,500
COMCAJA	CCF68	800,231,969	4	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$490,700	$0	$0	$490,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	2	$140,200	$0	$0	$140,200
PROTEGER	CCFC55	901,543,211	6	1	$70,100	$0	$0	$70,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$280,400	$0	$0	$280,400
TOTAL				**8**	**$2,966,000**	**$0**	**$0**	**$2,966,000**

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/05/2026, el empleador ZENIT INGENIERIA SAS identificado con NIT número 900838509 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10362686	21/05/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	69010961	NANCY MURCIA MOTTA	1750905	SUPERVISORES DE MANTENIMIENTO Y	2026-05-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Mayo del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
ZENIT INGENIERIA S.A.S.
Identificada con NT No. 900838509

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666656007, a partir del 01 de Enero del año 2026.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	69010961	NANCY MURCIA MOTTA	PAC RADAR SAN JOSE	2	1.044%	22/05/2026		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 21 de Mayo del año 2026.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NANCY MURCIA MOTTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **69.010.961**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Mayo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016788492	1|3|0|5|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — B. Colectiva ☐ — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ — C. Institucional ☐ — D. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — 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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
MORENO Primer apellido	OSORIO Segundo apellido	JUDY Primer nombre	ESTELLA Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1033686243	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA		1|0|1|0|1|9|8|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
SM 8 BR SAN ANTONIO		3195194756	KAREN.MORENO123@HOTMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
META	VILLAVICENCIO	170	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ 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	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	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 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	Categoria	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								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS TORRE 33 - VS TORRE 33	VSTORRE33 - VSTORRE33
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	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ZENIT INGENIERIA S A S	NIT	900838509	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 138 N 65 60	4754105	ING.LUISCARLOS.SU@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016788492

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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|3|0|5|2|0|2|6	☐	

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 Contributvo,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 clinica 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 poir 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 envie información al correo electronico 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:
			1							1

- ☐ **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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 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 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, asi como la veracidad de las demás información registrada.

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
ZENIT INGENIERIA S.A.S.
Identificada con NT No. 900838509

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666656007, a partir del 01 de Enero del año 2026.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1033686243	JUDY MORENO OSORIO	CACOM - 2 Y SANIDAD MILITAR	2	1.044%	14/05/2026		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 13 de Mayo del año 2026.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUDY ESTELLA MORENO OSORIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.686.243**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Mayo 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016779038	1|2|0|5|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — 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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ORTEGA Primer apellido	OJEDA Segundo apellido	AMANDA Primer nombre	VIVIANA Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1088597330	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	NARIÑO	GUACHUCAL		0|9|1|0|1|9|9|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
SEC 1 CA 127 LA NOHORA		3114927381	ORTEGAAMANDA734@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
META	VILLAVICENCIO	170	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ 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	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	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 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	Categoria	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								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS TORRE 33 - VS TORRE 33	VSTORRE33 - VSTORRE33
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	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ZENIT INGENIERIA S A S	NIT	900838509	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 138 N 65 60	4754105	ING.LUISCARLOS.SU@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016779038

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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|2|0|5|2|0|2|6	☐	

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 Contributvo,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 clinica 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 poir 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 envie información al correo electronico 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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 ☐	

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, asi como la veracidad de las demás información registrada.

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
ZENIT INGENIERIA S.A.S.
Identificada con NT No. 900838509

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666656007, a partir del 01 de Enero del año 2026.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1088597330	AMANDA ORTEGA	CACOM - 2 Y SANIDAD MILITAR	2	1.044%	13/05/2026		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 12 de Mayo del año 2026.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

AMANDA VIVIANA ORTEGA OJEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.088.597.330**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 12 de Mayo del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

cajacopi

Formulario de Inscripción del Trabajador		01.1 - 07 - 019
Versión: 19	Fecha: 05 de noviembre de 2024	Aprobado por: Coordinadora de Afiliaciones

Marque con una X según el caso — *CAMPOS OBLIGATORIOS

TRABAJADOR (X) REPRESENTANTE LEGAL ( ) TRASLADO DE EMPRESA ( ) REINTEGRO ( ) NUEVAS PERSONAS A CARGO ( )

Datos de la Empresa

*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	900.838.509-9	*TIPO DE DOCUMENTO	NIT (X) C.C. ( )
SUCURSAL DONDE LABORA			

***Datos del Trabajador**

*TIPO DE AFILIADO: DEPENDIENTE (X) SERVICIO DOMÉSTICO ( ) MADRE COMUNITARIA ( ) VETERANO DE LA FUERZA PÚBLICA ( )

*1er. APELLIDO	torres	2do. APELLIDO	useche	*1er. NOMBRE	ana	2do. NOMBRE	valentina

*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA ( ) VISUAL ( ) AUDITIVA ( ) INTELECTUAL ( ) PSICOSOCIAL ( ) SORDOCEGUERA ( ) MÚLTIPLE ( )

*RESGUARDO	*PUEBLO INDÍGENA	*ETNIA

*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 1.193.072.718 — *TIPO DE DOC. C.C. (X) T.I. ( ) C.E. ( ) PASAPORTE ( ) VISA ( ) CARNÉ DIPLOMÁTICO ( ) P.P.T ( )

*FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA / MES / AÑO)	LUGAR DE EXPEDICIÓN	*FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	ESTADO CIVIL	*FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA (DÍA / MES / AÑO)	GRADO DE ESCOLARIDAD	NIVEL OCUPACIONAL
27 / 09 / 21	villavicencio	22 / 09 / 2003	CASADO ( ) VIUDO ( ) UNIÓN LIBRE ( ) SEPARADO ( ) SOLTERO (X)	31 / 07 / 2025	PRIMARIA ( ) SUPERIOR ( ) SECUNDARIA (X) NINGUNO ( ) TÉCNICO ( )	OPERATIVO (X) ADMINISTRATIVO ( ) DIRECTIVO ( )

*SEXO M ( ) F (X) — ORIENTACIÓN SEXUAL HETEROSEXUAL (X) HOMOSEXUAL ( ) BISEXUAL ( ) NO BINARIO ( )

*TIPO DE SALARIO: FIJO (X) VARIABLE ( ) INTEGRAL ( ) — *SALARIO BÁSICO $ 1.423.500 — *COMISIONES $ — SALARIO TOTAL $ 1.423.500

*TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO ( ) DEFINIDO (X) OPS ( )

*DIRECCIÓN RESIDENCIA	CALLE 26 No 9A - 57	*MUNICIPIO	villavicencio	ZONA URBANA (X)	ZONA RURAL ( )
*BARRIO	LE RECREO	E-MAIL		*CEL 3006361211	TEL FIJO (605)

Datos de otro Empleador para los cuales trabaja (Si es el caso)

NIT.	900.838.509-9	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	ZENIT INGENIERIA SAS	SALARIO	1.423.500

Datos del Cónyuge o Compañero(a)

*1 er. APELLIDO	2do. APELLIDO	*1er. NOMBRE	2do. NOMBRE

*CUIDADOR DE BENEFICIARIO EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI ( ) NO ( )

*RESGUARDO:	*PUEBLO INDÍGENA	*ETNIA

*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN — *TIPO DE DOC. C.C. ( ) T.I. ( ) C.E. ( ) PASAPORTE ( ) VISA ( ) CARNÉ DIPLOMÁTICO ( ) P.P.T ( )

*FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA / MES / AÑO)	LUGAR DE EXPEDICIÓN	*FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	*SEXO	ORIENTACIÓN SEXUAL	GRADO DE ESCOLARIDAD	TRABAJA
			M ( ) F ( )	HETEROSEXUAL ( ) BISEXUAL ( ) HOMOSEXUAL ( ) NO BINARIO ( )	PRIMARIA ( ) SUPERIOR ( ) TÉCNICO ( ) SECUNDARIA ( ) NINGUNO ( )	SI ( ) NO ( )

*EMPRESA	CARGO

*TIPO DE SALARIO: FIJO ( ) VARIABLE ( ) INTEGRAL ( ) — *SALARIO BÁSICO $ — *COMISIONES $ — SALARIO TOTAL $

*TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO ( ) DEFINIDO ( ) OPS ( )

TELÉFONO FIJO	CELULAR

Personas a cargo

	*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	*1er. NOMBRE	*2do. NOMBRE	*1er. APELLIDO	*2do. APELLIDO	*FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	*SEXO (M / F)	*PARENTESCO (HIJO / HIJASTRO / PADRES / HERMANO / CÓNYUGE)
1.								
	*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA ( ) VISUAL ( ) AUDITIVA ( ) INTELECTUAL ( ) PSICOSOCIAL ( ) SORDOCEGUERA ( ) MÚLTIPLE ( )							
	*RESGUARDO		*PUEBLO INDÍGENA			*ETNIA		
2.								
	*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA ( ) VISUAL ( ) AUDITIVA ( ) INTELECTUAL ( ) PSICOSOCIAL ( ) MÚLTIPLE ( )							
	*RESGUARDO		*PUEBLO INDÍGENA			*ETNIA		
3.								
	*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA ( ) VISUAL ( ) AUDITIVA ( ) INTELECTUAL ( ) PSICOSOCIAL ( ) MÚLTIPLE ( )							
	*RESGUARDO		*PUEBLO INDÍGENA			*ETNIA		
4.								
	*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA ( ) VISUAL ( ) AUDITIVA ( ) INTELECTUAL ( ) PSICOSOCIAL ( ) MÚLTIPLE ( )							
	*RESGUARDO		*PUEBLO INDÍGENA			*ETNIA		
5.								
	*TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA ( ) VISUAL ( ) AUDITIVA ( ) INTELECTUAL ( ) PSICOSOCIAL ( ) MÚLTIPLE ( )							
	*RESGUARDO		*PUEBLO INDÍGENA			*ETNIA		

AVISO DE PRIVACIDAD.

La CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR – CAJACOPI ATLANTICO, en adelante CAJACOPI, comunica a los afiliados personas naturales y empleadores afiliados que la información personal que se recolecta a través de estos formularios se hace por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen del subsidio familiar vigente en Colombia. Para dar cumplimiento a este régimen legal, es posible que durante la afiliación al sistema, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, CAJACOPI recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera. Por tanto, los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen del subsidio familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que CAJACOPI desarrolla y ofrece a sus afiliados. Con la finalidad de verificar la identidad de quienes soliciten subsidio y/o accedan a los servicios y programas de la Caja, así como para prevenir fraudes que puedan afectar al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos, CAJACOPI informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico los que se someterán a las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera. Se informa también que los datos personales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados de tratamiento, en centros de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios tales como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica.
En atención al principio de legalidad, CAJACOPI tiene la obligación de suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de subsidio familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQR's, entre otras finalidades comprendidas en el interés legítimo de la Caja al ejecutar su objeto misional.
Así mismo para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado y con otras Cajas de Compensación Familiar, agremiaciones u otras entidades inherentes al sistema.
CAJACOPI solicita la autorización del trabajador afiliado para remitirle información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario, y demás programas que ofrezca esta organización. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios, CAJACOPI podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. Para otorgar descuentos y/o beneficios la Caja podrá también celebrar alianzas con terceros como almacenes de cadena, establecimientos de comercio y/o terceros que reporten beneficios a los afiliados trabajadores, caso en el cual estos terceros aliados podrán realizar consultas en bases de datos de CAJACOPI con el fin de verificar la calidad del beneficiario. Para los tratamientos y finalidades antes descritas CAJACOPI podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura, sobre sus servicios, beneficios, programas, alianzas y demás acciones que redunden en beneficios de sus afiliados. Si no es de su interés el tratamiento antes comunicado, le solicitamos informarlo al siguiente correo habeasdata@cajacopi.com.
Por su parte, el empleador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por CAJACOPI, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de subsidio familiar. Entiende CAJACOPI que los datos del grupo familiar reportados por los trabajadores también han sido obtenidos con la previa autorización de los titulares de dichos datos. Para el ejercicio del Habeas Data, esto es, conocer, actualizar, rectificar su información, y cuando ello proceda, solicitar la cancelación de sus datos de las bases de datos de mercadeo, el titular o quien demuestre un legítimo interés, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico habeasdata@cajacopi.com.co o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección en la ciudad de Barranquilla: Cra. 46 No. 53-34. Para tal efecto deberá suministrar con precisión los datos y documentos requeridos con el fin de tramitar, atender y responder su solicitud.
La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web www.cajacopi.com o puede ser consultada físicamente en nuestras sedes.

Autorizacion para el uso de la información		
ANA VALENTINA TU — FIRMA DEL TRABAJADOR	ANA VALENTINA TU. — FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DE LA EMPRESA

Documentos Anexos	Recepción del Documento	Espacio Reservado para Cajacopi
		Fecha devolución Atención al Cliente — Día ( ) Mes ( ) Año ( ) Fecha recibido por Afiliación — Día ( ) Mes ( ) Año ( )

icontec ISO 9001 SC 2281-2 — IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

Vigilado Supersubsidio

Scanned with CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA VALENTINA TORRES USECHE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1193072718,** se encuentra afiliado/a desde **15/05/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
ZENIT INGENIERIA S.A.S.
Identificada con NT No. 900838509

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666656006, a partir del 01 de Enero del año 2025.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1193072718	ANA VALENTINA TORRES USECHE	CACOM - 2 Y SANIDAD MILITAR	2	1.044%	01/08/2025		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 31 de Julio del año 2025.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **TORRES USECHE ANA VALENTINA, CC - 1193072718**, está afiliado(a) desde **31/07/2025**, como trabajador(a) de **ZENIT INGENIERIA S A S**, con NIT: **9008385099**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-07-31**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	**-**	**-**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **31 de julio de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/10/2025 el empleador ZENIT INGENIERIA SAS identificado con NIT número 900838509 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9095397	20/10/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1083562087	LEDYS JUDITH RODRÍGUEZ REVOLLO	1423500	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	2025-10-20

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Octubre de 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
ZENIT INGENIERIA S.A.S.
Identificada con NT No. 900838509

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666656006, a partir del 01 de Enero del año 2025.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1083562087	LEDYS JUDITH RODRIGUEZ REVOLLO	CACOM - 2 Y SANIDAD MILITAR	2	1.044%	21/10/2025		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 20 de Octubre del año 2025



Firma Representante Legal

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LEDYS JUDITH RODRIGUEZ REVOLLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.562.087**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Octubre del 2025.

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.

RADICADO 2025_25618941

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS

DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS

CERTIFICACIÓN INDEMNIZACIÓN Y/O PAGO ÚNICO

Que revisada la Nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **MERCEDES ELIZABETH TORRES DIAZ** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **40378340**, esta Administradora mediante resolución No. **333033** de **2022** le concedió **INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA VEJEZ**, como **pago único** por valor de **$ 18,025,195.00.**

Que para la NOMINA de **Enero** de **2023** en la Entidad **1-BANCO DE BOGOTA - 364-VILLAVICENCIO CR 31 38 41 LOS CENTAUROS** No. de Cuenta **0** se giraron los siguientes valores:

DEVENGADOS		DEDUCIDOS	
VALOR PENSION	$ 18,025,195.00		
TOTAL DEVENGADOS	**$ 18,025,195.00**	**TOTAL DEDUCIDOS**	**$ 0.00**
		NETO GIRADO	**$ 18,025,195.00**

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá , el día 27 de noviembre de 2025.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
ZENIT INGENIERIA S.A.S.
Identificada con NT No. 900838509

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666656006, a partir del 01 de Enero del año 2025.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	40378340	MERCEDES ELIZABETH TORRES DIAZ	CACOM - 2 Y SANIDAD MILITAR	2	1.044%	27/11/2025		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 26 de Noviembre del año 2025.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015858512	2|7|1|1|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — 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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
TORRES Primer apellido	DIAZ Segundo apellido	MERCEDES Primer nombre	ELIZABETH Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	40378340	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO		1|4|0|1|1|9|6|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 26 N 12 A 17		3123245693	LABRADORAKIRA2020@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
META	VILLAVICENCIO	170	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ 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	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	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 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	Categoria	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								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS TORRE 33 - VS TORRE 33	VSTORRE33 - VSTORRE33
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	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ZENIT INGENIERIA S A S	NIT	900838509	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 138 N 65 60	4754105	ING.LUISCARLOS.SU@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4015858512

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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|7|1|1|2|0|2|5	☐	

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 Contributvo,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 clinica 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 poir 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 envie información al correo electronico 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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 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 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, asi como la veracidad de las demás información registrada.