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 901606065	9	CONSTRUCCIONEES SOBRE LA ROCARR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SUCUESAL PRINCIPAL	CL 74A SUR # 82-71T-6 APTO 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124763735	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	604795360	9510365669	E	2026/08/19	2026/08/31	BANCOLOMBIA	12	$8,304,700

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: GUAYABAL (16 Afiliados)																						**$27,781,032**	**$4,367,500**			**$27,781,032**	**$1,033,000**			**$27,781,032**	**$1,033,000**			**$27,781,032**		**$1,796,200**		**$0**	**$0**		**$8,229,700**
Centro de Trabajo: GUAYABAL (16 Afiliados)																						**$27,781,032**	**$4,367,500**			**$27,781,032**	**$1,033,000**			**$27,781,032**	**$1,033,000**			**$27,781,032**		**$1,796,200**		**$0**	**$0**		**$8,229,700**
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (16 Afiliados)																						**$27,781,032**	**$4,367,500**			**$27,781,032**	**$1,033,000**			**$27,781,032**	**$1,033,000**			**$27,781,032**		**$1,796,200**		**$0**	**$0**		**$8,229,700**
1	CC	1103712267	AGUDELO LUIS																		25-14	22	$1,283,997	$205,500	EPS037	22	$1,283,997	$51,400	CCF48	22	$1,283,997	$51,400	14-11	22	$1,283,997	6.960%	$89,400	22	$0	$0	Si	$397,700
2	CC	1103712267	AGUDELO LUIS										X								25-14	8	$466,908	$56,100	EPS037	8	$466,908	$0	CCF48	8	$466,908	$0	14-11	8	$466,908	0.000%	$0	8	$0	$0	Si	$56,100
3	CC	1069432245	ARDILA KEVIN																		230301	29	$1,692,542	$270,900	EPS041	29	$1,692,542	$67,800	CCF48	29	$1,692,542	$67,800	14-11	29	$1,692,542	6.960%	$117,900	29	$0	$0	Si	$524,400
4	CC	1069432245	ARDILA KEVIN										X								230301	1	$58,364	$7,100	EPS041	1	$58,364	$0	CCF48	1	$58,364	$0	14-11	1	$58,364	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,100
5	CC	1072744390	BONILLA HILMER																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS041	30	$1,750,905	$70,100	CCF48	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
6	CC	1111203976	CADENA JORGE																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF48	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
7	CC	5874548	CASTRO FRANCISCO																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF48	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
8	CC	93300098	CHAVEZ JOSE																		230201	29	$1,692,542	$270,900	EPS037	29	$1,692,542	$67,800	CCF48	29	$1,692,542	$67,800	14-11	29	$1,692,542	6.960%	$117,900	29	$0	$0	Si	$524,400
9	CC	93300098	CHAVEZ JOSE										X								230201	1	$58,364	$7,100	EPS037	1	$58,364	$0	CCF48	1	$58,364	$0	14-11	1	$58,364	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,100
10	CC	11386074	CORREA ALIRIO																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF48	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
11	CC	1077725067	GAMBOA SEBASTIAN																		25-14	24	$1,400,724	$224,200	EPS037	24	$1,400,724	$56,100	CCF48	24	$1,400,724	$56,100	14-11	24	$1,400,724	6.960%	$97,500	24	$0	$0	Si	$433,900
12	CC	1077725067	GAMBOA SEBASTIAN										X								25-14	6	$350,181	$42,100	EPS037	6	$350,181	$0	CCF48	6	$350,181	$0	14-11	6	$350,181	0.000%	$0	6	$0	$0	Si	$42,100
13	CC	80321700	GARZON NICOLAS																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF48	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
14	CC	1005821008	MOLANO HAROL																		230301	29	$1,692,542	$270,900	EPS037	29	$1,692,542	$67,800	CCF48	29	$1,692,542	$67,800	14-11	29	$1,692,542	6.960%	$117,900	29	$0	$0	Si	$524,400
15	CC	1005821008	MOLANO HAROL										X								230301	1	$58,364	$7,100	EPS037	1	$58,364	$0	CCF48	1	$58,364	$0	14-11	1	$58,364	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,100
16	CC	80278097	RODRIGUEZ ABELARDO	X																	25-14	27	$1,575,815	$252,200	EPS017	27	$1,575,815	$63,100	CCF48	27	$1,575,815	$63,100	14-11	27	$1,575,815	6.960%	$109,700	27	$0	$0	Si	$488,100
17	CC	1007153455	RODRIGUEZ CRISTIAN																		230301	27	$1,575,815	$252,200	EPS037	27	$1,575,815	$63,100	CCF48	27	$1,575,815	$63,100	14-11	27	$1,575,815	6.960%	$109,700	27	$0	$0	Si	$488,100
18	CC	1007153455	RODRIGUEZ CRISTIAN										X								230301	3	$175,091	$21,100	EPS037	3	$175,091	$0	CCF48	3	$175,091	$0	14-11	3	$175,091	0.000%	$0	3	$0	$0	Si	$21,100
19	CC	1090377497	SUAREZ MARCO																		230301	22	$1,283,997	$205,500	EPS037	22	$1,283,997	$51,400	CCF48	22	$1,283,997	$51,400	14-11	22	$1,283,997	6.960%	$89,400	22	$0	$0	Si	$397,700
20	CC	1090377497	SUAREZ MARCO										X								230301	8	$466,908	$56,100	EPS037	8	$466,908	$0	CCF48	8	$466,908	$0	14-11	8	$466,908	0.000%	$0	8	$0	$0	Si	$56,100
21	CC	93439199	TORRES MARKWIN																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF48	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
22	CC	10187285	USME LEON	X																	230301	24	$1,400,724	$224,200	EPS002	24	$1,400,724	$56,100	CCF48	24	$1,400,724	$56,100	14-11	24	$1,400,724	6.960%	$97,500	24	$0	$0	Si	$433,900
23	CC	10187285	USME LEON										X								230301	5	$291,818	$35,100	EPS002	5	$291,818	$0	CCF48	5	$291,818	$0	14-11	5	$291,818	0.000%	$0	5	$0	$0	Si	$35,100
24	CC	1006148620	VELEZ LAURA																		230301	29	$1,692,542	$270,900	EPS037	29	$1,692,542	$67,800	CCF48	29	$1,692,542	$67,800	14-11	29	$1,692,542	6.960%	$117,900	29	$0	$0	Si	$524,400
25	CC	1006148620	VELEZ LAURA										X								230301	1	$58,364	$7,100	EPS037	1	$58,364	$0	CCF48	1	$58,364	$0	14-11	1	$58,364	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,100
Total			**Afiliados(16)**																				$27,781,032	$4,367,500			$27,781,032	$1,033,000			$27,781,032	$1,033,000			$27,781,032		$1,796,200		$0	$0		$8,229,700

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)				16	$4,367,500	$39,700	$0	$4,407,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	$1,340,500	$12,200	$0	$1,352,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$2,468,800	$22,400	$0	$2,491,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$558,200	$5,100	$0	$563,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$1,796,200	$16,300	$0	$1,812,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	16	$1,796,200	$16,300	$0	$1,812,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$1,033,000	$9,400	$0	$1,042,400
COMFATOLIMA	CCF48	800,211,025	1	16	$1,033,000	$9,400	$0	$1,042,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				16	$1,033,000	$9,600	$0	$1,042,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$203,300	$1,900	$0	$205,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	9	$565,600	$5,200	$0	$570,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$137,900	$1,300	$0	$139,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$126,200	$1,200	$0	$127,400
TOTAL				**16**	**$8,229,700**	**$75,000**	**$0**	**$8,304,700**

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 901606065	9	CONSTRUCCIONEES SOBRE LA ROCARR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SUCUESAL PRINCIPAL	CL 74A SUR # 82-71T-6 APTO 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124763735	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	604311789	9510366355	E	2026/08/19	2026/08/31	BANCOLOMBIA	12	$1,528,200

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SUCUESAL PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$121,900		$0	$0		$542,300
Centro de Trabajo: OBRA (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$121,900		$0	$0		$542,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$121,900		$0	$0		$542,300
1	CC	1018343808	RODRIGUEZ YEFFER																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: BOGOTA (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$429,600
Centro de Trabajo: BOGOTA (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$429,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$429,600
2	CC	1020758670	FETECUA MAGALLY																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: COMFENALCO (QUINDIO) (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$121,900		$0	$0		$542,300
Centro de Trabajo: COMFENALCO (QUINDIO) (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$121,900		$0	$0		$542,300
Ciudad: CALARCA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$121,900		$0	$0		$542,300
3	CC	1082773398	RODRIGUEZ ELVER																	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF43	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Total		**Afiliados(3)**																			$5,252,715	$840,600			$5,252,715	$210,300			$5,252,715	$210,300			$5,252,715		$253,000		$0	$0		$1,514,200

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: 2)				3	$840,600	$7,700	$0	$848,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$560,400	$5,100	$0	$565,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$2,600	$0	$282,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$253,000	$2,300	$0	$255,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$253,000	$2,300	$0	$255,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$210,300	$2,000	$0	$212,300
COMFENALCO QUINDIO	CCF43	890,000,381	0	1	$70,100	$700	$0	$70,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	2	$140,200	$1,300	$0	$141,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$210,300	$2,000	$0	$212,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$210,300	$2,000	$0	$212,300
TOTAL				**3**	**$1,514,200**	**$14,000**	**$0**	**$1,528,200**

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 901606065	9	CONSTRUCCIONEES SOBRE LA ROCARR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SUCUESAL PRINCIPAL	CL 74A SUR # 82-71T-6 APTO 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124763735	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	603644834	9510364308	E	2026/08/19	2026/08/28	NEQUI	9	$74,000

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: GUAYABAL (4 Afiliados)																								$233,456	$37,600			$233,456	$9,600			$233,456	$9,600			$233,456		$16,400		$0	$0		$73,200
Centro de Trabajo: GUAYABAL (4 Afiliados)																								$233,456	$37,600			$233,456	$9,600			$233,456	$9,600			$233,456		$16,400		$0	$0		$73,200
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (4 Afiliados)																								$233,456	$37,600			$233,456	$9,600			$233,456	$9,600			$233,456		$16,400		$0	$0		$73,200
1	CC	93297506	CAMELO OSCAR	X	X																230301	1	$58,364	$9,400	EPS041	1	$58,364	$2,400	CCF48	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	6.960%	$4,100	1	$0	$0	Si	$18,300
2	CC	1006148096	CASTAÑO LUIS		X																230301	1	$58,364	$9,400	EPS017	1	$58,364	$2,400	CCF48	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	6.960%	$4,100	1	$0	$0	Si	$18,300
3	CC	1192907750	LEGARDA JHOHAN		X																230301	1	$58,364	$9,400	EPS041	1	$58,364	$2,400	CCF48	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	6.960%	$4,100	1	$0	$0	Si	$18,300
4	CC	1106948338	ORDOÑEZ EDGAR	X	X																230201	1	$58,364	$9,400	EPS041	1	$58,364	$2,400	CCF48	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	6.960%	$4,100	1	$0	$0	Si	$18,300
Total			**Afiliados(4)**																					$233,456	$37,600			$233,456	$9,600			$233,456	$9,600			$233,456		$16,400		$0	$0		$73,200

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: 2)				4	$37,600	$300	$0	$37,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$28,200	$200	$0	$28,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$9,400	$100	$0	$9,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$16,400	$200	$0	$16,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$16,400	$200	$0	$16,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$9,600	$100	$0	$9,700
COMFATOLIMA	CCF48	800,211,025	1	4	$9,600	$100	$0	$9,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$9,600	$200	$0	$9,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$2,400	$100	$0	$2,500
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	$7,200	$100	$0	$7,300
TOTAL				**4**	**$73,200**	**$800**	**$0**	**$74,000**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-24, 02:02:20 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1083962369

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026

PAGADO 24/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Documento	NI901995102	**Dirección**	CL 36 #18 - 23
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3182655950
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	PAZ ACOSTA DIANA PATRICIA	**Identificación**	CC 25288329
Total Afiliados	46	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000338764	LUISA FERNANDA BOCANEGRA NISPERUZA	01	00	X									X							0	29	29	29	29	(230301) PORVENIR	$ 1.833.808	$ 293.500	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.833.808	$ 73.400	6,960	$ 1.833.808	$ 127.700	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.833.808	$ 73.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 568.000
CC 1005755518	JESUS ALFONSO DIAZ ALFONSO	01	00	X									X							0	29	29	29	29	(230301) PORVENIR	$ 1.759.196	$ 281.500	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.759.196	$ 70.400	4,350	$ 1.759.196	$ 76.600	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.759.196	$ 70.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 498.900
CC 1005855965	JHOINNER BELTRAN RODRIGUEZ	01	00	X									X							0	22	22	22	22	(230301) PORVENIR	$ 1.318.816	$ 211.100	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.318.816	$ 52.800	4,350	$ 1.318.816	$ 57.400	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.318.816	$ 52.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 374.100
CC 10186538	LUIS ANGEL HOYOS RODRIGUEZ	01	00	X																0	8	8	8	8	(230301) PORVENIR	$ 466.908	$ 74.800	(MIN002) ADRES MIN002 antes FOSYGA	$ 466.908	$ 18.700	4,350	$ 466.908	$ 20.400	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 466.908	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.600
CC 1054555740	ALEXANDER GOMEZ BUITRAGO	01	00										X							0	28	28	28	28	(230301) PORVENIR	$ 1.721.723	$ 275.500	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.721.723	$ 68.900	6,960	$ 1.721.723	$ 119.900	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.721.723	$ 68.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 533.200
CC 1054555740	ALEXANDER GOMEZ BUITRAGO	01	00														X			0	2	2	2	2	(230301) PORVENIR	$ 133.971	$ 21.500	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 133.971	$ 5.400	0,000	$ 133.971	$ 0	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 116.727	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.600
CC 1058275336	JUAN CAMILO RINCON PARRA	01	00										X							0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.595.455	$ 415.300	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 2.595.455	$ 103.900	6,960	$ 2.595.455	$ 180.700	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.595.455	$ 103.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 803.800
CC 1059363752	JUAN GABRIEL BURBANO CORDOBA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.738.352	$ 438.200	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 2.738.352	$ 109.600	6,960	$ 2.738.352	$ 190.600	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.738.352	$ 109.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 848.000
CC 1061599460	ANDRES HUMBERTO GONGORA ZULUAGA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.316.364	$ 370.700	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 2.316.364	$ 92.700	6,960	$ 2.316.364	$ 161.300	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.316.364	$ 92.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 717.400
CC 1061601463	VICTOR MANUEL HOYOS URBANO	01	00										X							0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 2.473.545	$ 395.800	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 2.473.545	$ 99.000	6,960	$ 2.473.545	$ 172.200	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.473.545	$ 99.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 766.000
CC 1087408771	DANIEL ALVEIRO IZQUIERDO PANTOJA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.501.387	$ 400.300	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 2.501.387	$ 100.100	6,960	$ 2.501.387	$ 174.100	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.501.387	$ 100.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 774.600
CC 1104707613	GERSON STIBER FLOREZ BOHORQUEZ	01	00		X								X							0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 200.625	$ 32.100	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 200.625	$ 8.100	4,350	$ 200.625	$ 8.800	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 626.194	$ 25.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 74.100
CC 1105786563	JESSICA LENIS CORTES	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.000.000	$ 320.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.000.000	$ 80.000	6,960	$ 2.000.000	$ 139.200	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 619.200
CC 1106332154	CRISTIAN CAMILO MOLANO GUZMAN	01	00										X							0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.146.849	$ 343.500	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 2.146.849	$ 85.900	6,960	$ 2.146.849	$ 149.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.146.849	$ 85.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 664.800
CC 1106332610	OSCAR JAVIER FULA SALAZAR	01	00	X																0	8	8	8	8	(230301) PORVENIR	$ 466.908	$ 74.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 466.908	$ 18.700	6,960	$ 466.908	$ 32.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 466.908	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 144.700
CC 1106332749	CAMILO ANDRES FALLA MURILLO	01	00		X								X							0	23	23	23	23	(230201) PROTECCION	$ 2.461.547	$ 393.900	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 2.461.547	$ 98.500	4,350	$ 2.461.547	$ 107.100	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.867.658	$ 114.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 714.300
CC 1106333506	LUISA FERNANDA VELEZ HERNANDEZ	01	00		X								X							0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 88.209	$ 14.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 88.209	$ 3.600	6,960	$ 88.209	$ 6.200	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 372.731	$ 15.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.000
CC 1106333968	DUVAN NOVOA SUAREZ	01	00										X							0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 4.375.472	$ 700.100	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 4.375.472	$ 175.100	6,960	$ 4.375.472	$ 304.600	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 4.375.472	$ 175.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.354.900
CC 1106948658	LISETH YOHANA RUEDA BECERRA	01	00	X																0	24	24	24	24	(230301) PORVENIR	$ 1.400.724	$ 224.200	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.400.724	$ 56.100	6,960	$ 1.400.724	$ 97.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.400.724	$ 56.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 433.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Pagado: 24/08/2026 | **Empresa NI901995102 UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026** | **Planilla Nro: 1083962369** | **Periodo Cotización: julio de 2026** | **Periodo Servicio: agosto de 2026**

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1106951895	NICOLAS BONILLA BELTRAN	01	00										X							0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.865.311	$ 298.500	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.865.311	$ 74.700	4,350	$ 1.865.311	$ 81.200	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.865.311	$ 74.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 529.100
CC 1106952067	JEFFERSON GALLEGO LONDOÑO	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.943.903	$ 311.100	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.943.903	$ 77.800	6,960	$ 1.943.903	$ 135.300	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.943.903	$ 77.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 602.000
CC 1108120362	MABEL ELIZA CERON CAMPO	01	00	X									X							0	24	24	24	24	(230201) PROTECCION	$ 1.405.698	$ 225.000	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.405.698	$ 56.300	6,960	$ 1.405.698	$ 97.900	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.405.698	$ 56.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 435.500
CC 1109294227	ANDRES BARRERA RINCON	01	00										X							0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 2.320.552	$ 371.300	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 2.320.552	$ 92.900	6,960	$ 2.320.552	$ 161.600	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.320.552	$ 92.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 718.700
CC 1109298988	YARMINSON SERNA CARDENAS	01	00	X																0	8	8	8	8	(230301) PORVENIR	$ 466.908	$ 74.800	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 466.908	$ 18.700	6,960	$ 466.908	$ 32.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 466.908	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 144.700
CC 1109300296	MARIA ALEJANDRA DIAZ PEREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.800.000	$ 448.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 2.800.000	$ 112.000	6,960	$ 2.800.000	$ 194.900	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.800.000	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 866.900
CC 1110456153	PABLO ANDRES MARTINEZ URUEÑA	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 4.500.000	$ 720.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 4.500.000	$ 180.000	6,960	$ 4.500.000	$ 313.200	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 4.500.000	$ 180.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.393.200
CC 1111196031	VICTOR ALFONSO VANEGAS CAMELO	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.954.846	$ 312.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.954.846	$ 78.200	6,960	$ 1.954.846	$ 136.100	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.954.846	$ 78.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 605.300
CC 1111196951	KELY JOHANA AVILA VARGAS	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.500.000	$ 400.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 2.500.000	$ 100.000	6,960	$ 2.500.000	$ 174.000	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.500.000	$ 100.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 774.000
CC 1111199031	JENNY CATHERINE FLOREZ BALLESTEROS	01	00		X								X							0	23	23	23	23	(230301) PORVENIR	$ 1.772.128	$ 283.600	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.772.128	$ 70.900	6,960	$ 1.772.128	$ 123.400	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.190.402	$ 87.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 565.600
CC 1111200476	JONATHAN EDUARDO OLARTE VARGAS	01	00										X							0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 2.077.210	$ 332.400	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 2.077.210	$ 83.100	6,960	$ 2.077.210	$ 144.600	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.077.210	$ 83.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 643.200
CC 1111201413	EDWIN OSORIO SALAZAR	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.999.619	$ 480.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.999.619	$ 120.000	6,960	$ 2.999.619	$ 208.800	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.999.619	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 928.800
CC 1116442505	BILLY REYNALDO LINARES SEPULVEDA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 2.029.458	$ 324.800	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 2.029.458	$ 81.200	6,960	$ 2.029.458	$ 141.300	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.029.458	$ 81.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 628.500
CC 14013922	JOHN OLIVER LOZANO GAITAN	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 58.364	$ 9.400	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 58.364	$ 2.400	6,960	$ 58.364	$ 4.100	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 260.202	$ 10.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 26.400
CC 14321488	CARLOS JULIO CESPEDES	01	00										X							0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.227.500	$ 356.400	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 2.227.500	$ 89.100	6,960	$ 2.227.500	$ 155.100	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.227.500	$ 89.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 689.700
CC 18370393	JULIO CESAR SANTA VALENCIA	01	00										X							0	17	17	17	17	(230201) PROTECCION	$ 1.250.836	$ 200.200	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.250.836	$ 50.100	4,350	$ 1.250.836	$ 54.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.250.836	$ 50.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 354.900
CC 18370393	JULIO CESAR SANTA VALENCIA	01	00																	10	10	10	10	10	(230201) PROTECCION	$ 684.246	$ 109.500	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 684.246	$ 27.400	0,000	$ 684.246	$ 0	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 684.246	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 136.900
CC 18370393	JULIO CESAR SANTA VALENCIA	01	00																	3	3	3	3	3	(230201) PROTECCION	$ 205.274	$ 32.900	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 205.274	$ 8.300	0,000	$ 205.274	$ 0	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 205.274	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 41.200
CC 28980226	CLAUDIA YINETH BASTO BASTO	01	00		X								X							0	23	23	23	23	(230301) PORVENIR	$ 1.843.757	$ 295.100	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.843.757	$ 73.800	6,960	$ 1.843.757	$ 128.400	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.322.822	$ 93.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 590.300
CC 4752686	JESUS HERNANDO HERNANDEZ	01	00								X		X							0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.335.056	$ 373.700	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 2.335.056	$ 93.500	6,960	$ 2.335.056	$ 162.600	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.335.056	$ 93.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 723.300
CC 74326686	RICARDO ANTONIO CELY CARO	01	00		X								X							0	1	1	1	1	(25-14) COLPENSIONES	$ 411.529	$ 65.900	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 411.529	$ 16.500	6,960	$ 411.529	$ 28.700	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 764.144	$ 30.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 141.700
CC 74326857	JULIO ENRIQUE CELY CARO	01	00		X								X							0	3	3	3	3	(230201) PROTECCION	$ 311.136	$ 49.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 311.136	$ 12.500	6,960	$ 311.136	$ 21.700	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 516.690	$ 20.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 104.700
CC 79246501	LUIS EDUARDO SAMACA TOCARRUNCHO	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.845.739	$ 295.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.845.739	$ 73.900	6,960	$ 1.845.739	$ 128.500	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.845.739	$ 73.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 571.700
CC 79702034	JAILERMAN GARZON GARCIA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.137.895	$ 342.100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.137.895	$ 85.600	4,350	$ 2.137.895	$ 93.000	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.137.895	$ 85.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 606.300
CC 83089273	CARLOS EDUARDO MOTTA ALVAREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 11.130.000	$ 1.892.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 11.130.000	$ 445.200	6,960	$ 11.130.000	$ 774.700	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 11.130.000	$ 445.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.557.300
CC 93299415	LEONARDO MAURICIO TORRES GAITAN	01	00										X							0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 2.043.983	$ 327.100	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 2.043.983	$ 81.800	4,350	$ 2.043.983	$ 89.000	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.043.983	$ 81.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 579.700
CC 93340925	JAVIER URREGO OSMA	01	00										X							0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.910.078	$ 305.700	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.910.078	$ 76.500	4,350	$ 1.910.078	$ 83.100	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.910.078	$ 76.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800
CC 93386343	HUGO ALEXANDER CANCINO AMAYA	01	00		X															0	24	24	24	24	(230301) PORVENIR	$ 2.040.000	$ 326.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 2.040.000	$ 81.600	6,960	$ 2.040.000	$ 142.000	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 1.657.500	$ 66.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 616.300
CC 93439077	CARLOS EDUARDO MUÑETON LINARES	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 5.411.091	$ 865.800	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 5.411.091	$ 216.500	6,960	$ 5.411.091	$ 376.700	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 5.411.091	$ 216.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.675.500
CC 93453772	WEIMER LOZADA ROBLES	01	00								X		X							0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 2.396.591	$ 383.500	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 2.396.591	$ 95.900	6,960	$ 2.396.591	$ 166.900	(CCF48) COMFATOLIMA	$ 2.396.591	$ 95.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 742.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 99.878.567	$ 99.878.567	$ 99.878.567	$ 102.252.371	$ 16.094.400	$ 3.997.300	$ 6.480.100	$ 4.056.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 30.628.500	$ 463.700	$ 31.092.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 10.187.285



Apellidos
USME HERNANDEZ

Nombres
LEON NILSON

Nacionalidad
COL

Estatura
1.71

Sexo
M

Fecha de nacimiento
28 FEB 1980

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN LUIS (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
22 ABR 1998, LA DORADA

Firma

Fecha de expiración
28 ENE 2036

.CO

089522459

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL089522459809049<<<<<<<<<<<
8002284M3601280COL10187285<<<6
USME<HERNANDEZ<<LEON<NILSON<<<

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017042145	0|1|0|7|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 [X] B.Reporte de Novedades [ ]

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia [X] -Beneficiario afiliado adicional [ ]
B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3.Regimen
A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

4.Contribución Solidaria
Si [ ] No [X]

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente [X] 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			
USME Primer apellido	HERNANDEZ Segundo apellido	LEON Primer nombre	NILSON Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	10187285	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	ANTIOQUIA	SAN LUIS		2|8|0|2|1|9|8|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si [ ] No [X]
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI [ ] NO [X]	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
VRD 1 LA PLATILLA		3125236049	LEOUSMEHH@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
TOLIMA	FALAN	CENTRO	Urbana cabecera municipal [X] 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	HOSPITAL SANTA ANA NIVEL I - FALAN - HOSPITAL SANTA ANA NIVEL I - FALAN	HSTANAFALA - HSTANAFALA
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)
CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS	NIT	901606065	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 74A SUR 92 71 TO 6 AP 401	7240000	YEFFERALDANA22@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4017042145

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
	0|2|0|7|2|0|2|6	1	

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
León Usme	Eve

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		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.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
USME	**HERNANDEZ**	**LEON**	**NILSON**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
10187285	RC TI **X** CE PA	**1980 02 28**	**X** F	**2026 01 07**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? **X** NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? **X** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: LEON NILSON USME HERNANDEZ identificado con el documento de identidad: C No. 10187285, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico leousmehh@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): Leon Usme

Nombres y Apellidos: LEON NILSON USME HERNANDEZ
Número de identificación: 10187285

Fecha de diligenciamiento
2026 01 07

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) Leon Usme

Número de identificación: 10187285

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





Medellín, 02 de Julio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS, en el centro de trabajo 0000000008 - GUAYABAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C10187285	USME HERNANDEZ LEON NILSON	02/07/2026		812563Lt	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C522248892618328839

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/07/2026 08:00:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.16.94, 192.230.104.17, 172.16.42.57

porvenir
sólo hay uno

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:

LEON NILSON USME HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.187.285**, se encuentra afiliado(a), **al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 03 de julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Powered by CamScanner

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012967515
9012967515

No. de Radicación SAT: 30758839

Fecha de Radicación: 03 07 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: RODRIGUEZ	Segundo Apellido: ORDOÑEZ	Primer Nombre: ABELARDO	Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	80278097	Femenino: Masculino: X	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			18 D 11 M A 1969 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad — Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI: NO: X	SI: NO:	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		$1.750.905	

26. Residencia — Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal: Rural Disperso: Centro Poblado: Resto Rural:

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino: Masculino:	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

33. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino / Masculino	40. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cual	41. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1							D D M M A A A A
B2							D D M M A A A A
B3							D D M M A A A A
B4							D D M M A A A A
B5							D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI / NO	48. Clasificación SISBÉN: NIVEL / GRUPO	49. Discapacidad: SI / NO / CATEGORÍA DISCAPACIDAD	50. Incapacidad permanente: SI / NO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA	NT	901606065	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 74 A SUR 92 71	3229559		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 03 M 07 A 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad:									TOTAL ANEXOS

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

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

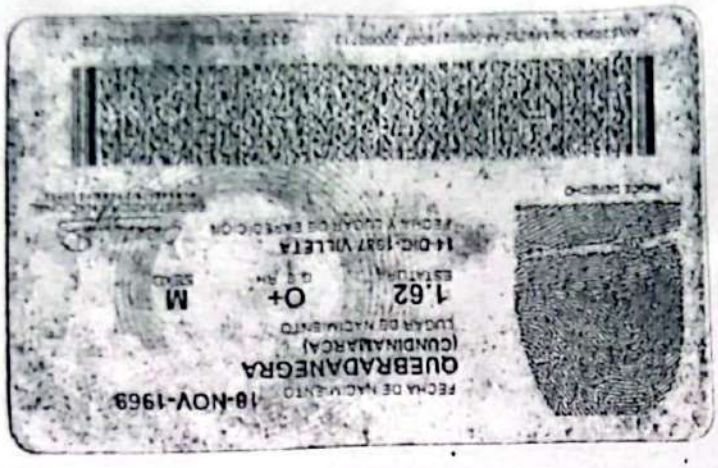
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

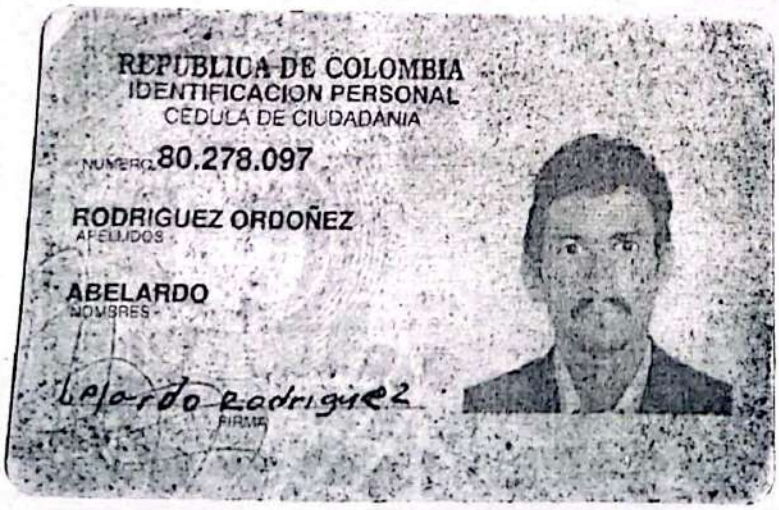
96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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

Vigilado Supersalud

Cambio Empleo





Powered by CamScanner

Medellín, 03 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000008 GUAYABAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80278097	RODRIGUEZ ORDOÑEZ ABELARDO	04/07/2026		18422119	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/07/2026 08:18:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.16.94, 192.230.104.17, 172.16.42.57

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:

ABELARDO RODRIGUEZ ORDOÑEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.278.097**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 3 de Julio del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260729423668		Fecha de radicado	29/07/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	10186538
Nombre	LUIS ANGEL HOYOS RODRIGUEZ
Fecha de afiliación	23/07/2026

VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.186.538
HOYOS RODRIGUEZ
APELLIDOS

LUIS ANGEL
NOMBRES

Luis Angel Hoyos R.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-1979
PUERTO BOYACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-JUL-1997 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2900A00-00146217-M-0010186538 20090109 0009397868A 1 6540000243

Página 1 de 1	AFILIACIÓN, VALIDACIÓN Y EXCLUSIÓN DE DERECHOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL	POLICÍA NACIONAL
Código: 1DH-FR-0170		
Fecha: 08/09/2025	CONSTANCIA DEL ESTADO DE AFILIACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD PARA TITULARES COTIZANTES	
Versión: 3		

EL (LA) SUSCRITO (A) RESPONSABLE AFILIACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor (a) LUIS ANGEL HOYOS RODRIGUEZ, identificado (a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 10186538, se encuentra afiliado (a) en calidad de Titular Cotizante en estado de afiliación ACTIVO, al Plan Obligatorio de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Dirección de Sanidad (régimen de excepción) en el grado INTENDENTE con estado laboral ASIGNACION RETIRO.

Recuerde que la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial como es el caso de la Policía Nacional, que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá efectuar la respectiva cotización a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con lo descrito en el **DECRETO 780 DE 2016 TÍTULO 13 DISPOSICIONES FINALES ARTÍCULO 2.1.13.5. REGÍMENES EXCEPTUADOS O ESPECIALES Y AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

La presente se expide a solicitud del interesado. Dada en la ciudad de Bogotá a los (17) días del mes de julio del año 2026, para ser presentada a Unión Temporal Tolima Vial 2026.

Atentamente,

Subintendente **Yenny Alexandra Quiroga Rodriguez**
Responsable Afiliación en Salud

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:

LUIS ANGEL HOYOS RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.186.538**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Agosto 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.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal BOGOTA

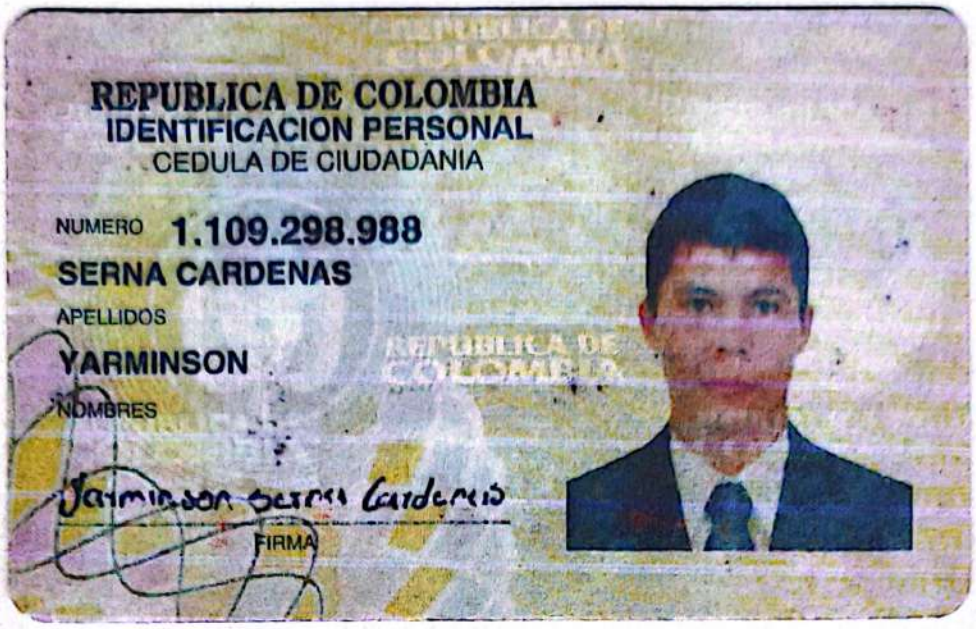
Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
LUIS ANGEL HOYOS RODRIGUEZ	C.C.	10,186,538	23/07/2026	RIESGO IV	4.350	TRASPORTE DE CARGA
OSCAR JAVIER FULA SALAZAR	C.C.	1,106,332,610	23/07/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
YARMINSON SERNA CARDENAS	C.C.	1,109,298,988	23/07/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 22 de julio de 2026 a las 02:20:14 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.109.298.988
SERNA CARDENAS
APELLIDOS
YARMINSON
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-1994
SAMANA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-MAR-2013 FRESNO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2905500-00696048-M-1109298988-20150430 0044017058A 1 39169977

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 110929

FECHA DE RADICACIÓN: 30 07 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: SERNA | SEGUNDO APELLIDO: CARDENAS | PRIMER NOMBRE: YARMINSON | SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [X] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.E. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1109298988
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: TOLIMA | MUNICIPIO: FRESNO
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 06
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN | NIVEL | GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: NINGUNA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1.750.905,00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN:
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3224348336
CORREO ELECTRÓNICO: lacheja2808@gmail.com
DEPARTAMENTO: TOLIMA
MUNICIPIO/ DISTRITO: FRESNO
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 5441

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
01		CN MSRC TI CC CE SC PA CD AS PT			F M	F M T NB Otro?	PAÍS DEPART. MUNICIPIO	DÍA MES AÑO
02		CN MSRC TI CC CE SC PA CD AS PT			F M	F M T NB Otro?	PAÍS DEPART. MUNICIPIO	DÍA MES AÑO
03		CN MSRC TI CC CE SC PA CD AS PT			F M	F M T NB Otro?	PAÍS DEPART. MUNICIPIO	DÍA MES AÑO
04		CN MSRC TI CC CE SC PA CD AS PT			F M	F M T NB Otro?	PAÍS DEPART. MUNICIPIO	DÍA MES AÑO
05		CN MSRC TI CC CE SC PA CD AS PT			F M	F M T NB Otro?	PAÍS DEPART. MUNICIPIO	DÍA MES AÑO

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. EDAD	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01							I. II.												
02							I. II.												
03							I. II.												
04							I. II.												
05							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA EPS DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social: Unión Temporal Tolima Vial 2026
56. Tipo documento de identificación: N.I. [X] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de identificación: 901995102
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación | DIRECCIÓN | TELÉFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DISTRITO CAPITAL | BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 23 07 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: YARMINSON SERNA CARDENAS
81. El empleador, [illegible] afiliación colectiva, institucional o de Oficio: JESSICA LENIS CORTES — Unión Temporal Tolima Vial 2026

X. ANEXOS

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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio | Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260731423709		Fecha de radicado	31/07/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1109298988
Nombre	YARMINSON SERNA CARDENAS
Fecha de afiliación	23/07/2026

VIGILADO SuperSubsidio

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:

YARMINSON SERNA CARDENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.109.298.988**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Julio 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.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal BOGOTA

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
LUIS ANGEL HOYOS RODRIGUEZ	C.C.	10,186,538	23/07/2026	RIESGO IV	4.350	TRASPORTE DE CARGA
OSCAR JAVIER FULA SALAZAR	C.C.	1,106,332,610	23/07/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
YARMINSON SERNA CARDENAS	C.C.	1,109,298,988	23/07/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 22 de julio de 2026 a las 02:20:14 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017203027	3|1|0|7|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			
FULA	SALAZAR	OSCAR	JAVIER
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1106332610	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: TOLIMA	Municipio: FALAN		0|6|0|3|2|0|0|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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PROTECCION	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 2 ARGENTINA FALAN KM 2		3143372748	OFULASALAZAR@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
TOLIMA	FALAN	1	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	HOSPITAL SANTA ANA NIVEL I - FALAN - HOSPITAL SANTA ANA NIVEL I - FALAN	HSTANAFALA - HSTANAFALA
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)
UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026	NIT	901995102	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 36 18 23	3182655950	UNIONTOLIMAVIAL2026@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4017203027

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|3|0|7|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

Oscar Fula	
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		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.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
FULA	SALAZAR	OSCAR	JAVIER

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1106332610	RC TI [X] CE PA	2006 03 06	[X] F	2026 07 31

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? [X] NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? [X] NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? [X] NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? [X] NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? [X] NO

Medio de entrega deseado: Electrónico [X] Físico [ ]

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: OSCAR JAVIER FULA SALAZAR identificado con el documento de identidad: C No. 1106332610, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico ofulasalazar@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Oscar Fula

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: OSCAR JAVIER FULA SALAZAR
Número de identificación: 1106332610

Fecha de diligenciamiento
2026 31 07

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____1106332610_____

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.106.332.610



Apellidos
FULA SALAZAR

Nombres
OSCAR JAVIER

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
M

Fecha de nacimiento
06 MAR 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
FALAN (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
08 MAR 2024, FALAN

Firma

Fecha de expiración
23 MAR 2034

.CO

041473733

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL041473733629049<<<<<<<<<<<
0603065M3403233COL1106332610<3
FULA<SALAZAR<<OSCAR<JAVIER<<<<

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260731423706		Fecha de radicado	31/07/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1106332610
Nombre	OSCAR JAVIER FULA SALAZAR
Fecha de afiliación	23/07/2026

VIGILADO SuperSubsidio

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:

OSCAR JAVIER FULA SALAZAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.106.332.610**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Julio del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal BOGOTA

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
LUIS ANGEL HOYOS RODRIGUEZ	C.C.	10,186,538	23/07/2026	RIESGO IV	4.350	TRASPORTE DE CARGA
OSCAR JAVIER FULA SALAZAR	C.C.	1,106,332,610	23/07/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
YARMINSON SERNA CARDENAS	C.C.	1,109,298,988	23/07/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 22 de julio de 2026 a las 02:20:14 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal BOGOTA

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JHOINNER BELTRAN RODRIGUEZ	C.C.	1,005,855,965	09/07/2026	RIESGO IV	4.350	TRASPORTE DE CARGA

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 8 de julio de 2026 a las 02:57:30 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 10058

FECHA DE RADICACIÓN: 10 07 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI [ ] NO [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BELTRAN	RODRIGUEZ	JHOINNER	

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN	13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO	15. FECHA NACIMIENTO
CN MS RC TI [X] CC CE SC CD AS PT	1005855965	F [X] M [ ]	F [X] M T NB Otro ¿Cual?	COLOMBIA	COLOMBIA / TOLIMA / PALOCABILDO	15 01 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
06		SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	SI [ ] NO [X]	NIVEL / GRUPO		NINGUNA

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN
PORVENIR	$1.750.905	$0.00		KR 10 1

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
	3123706427	jhoinnerbeltran51@gmail.com	TOLIMA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
PALOCABILDO		CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	5441

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN	32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	34. FECHA NACIMIENTO
TI CC CE SC CD PT		F M	F M T NB Otro ¿Cual?		PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	DÍA MES AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
					F M	F M T NB Otro ¿Cual?	PAÍS / DEPART. / MUNICIPIO	DÍA MES AÑO
01		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
02		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
03		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
04		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
05		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						

	Datos complementarios del Beneficiario																						
	43. PARENTESCO	44. EDAD	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	49. DISCAPACIDAD NO	49. DISCAPACIDAD CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE SI	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	51. Datos de residencia MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	ZONA CENTRO POBLADO	ZONA RURAL DISPERSO	ZONA RESTO RURAL
01							I. II.												
02							I. II.												
03							I. II.												
04							I. II.												
05							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA EPS DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Unión Temporal Tolima Vial 2026 x	TI CC CE SC PA CD PT	901.995.102	

59. Ubicación		TELÉFONO FIJO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO
Calle 36 N° 18-23		5873333		admonfalan@ingenieriadevias.com.co	DISTRITO CAPITAL	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD			
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	[X]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:		13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código:		14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN	
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	
		17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	
		19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	
		20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	
		21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE 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 NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
TI CC CE SC CD PT		F M	F M T NB Otro ¿Cual?	DÍA MES AÑO		09 07 2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
TI CC CE SC CD PT	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
JHOINNER BELTRAN RODRIGUEZ	JESSICA LENIS CORTES
	Unión Temporal Tolima Vial 2026

X. ANEXOS

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

Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN	97. FECHA DE VALIDACIÓN
CC CE SC CD PT			DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260709421589		Fecha de radicado	09/07/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1005855965
Nombre	JHOINNER BELTRAN RODRIGUEZ
Fecha de afiliación	09/07/2026

VIGILADO SuperSubsidio



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.005.855.965
BELTRAN RODRIGUEZ

APELLIDOS
JHOINNER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-2001
PALOCABILDO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

16-ENE-2019 PALOCABILDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2908700-01066578-M 1005855965-20190311 0064847819A 1 53778660

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:

JHOINNER BELTRAN RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.855.965**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Agosto del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

(No válido para traslado de EPS, uso de servicios médicos, ni para pago de prestaciones económicas)

Asmet Salud EPS SAS se permite informar que a la fecha, el (la) afiliado(a) LISETH YOHANA RUEDA BECERRA identificado(a) con CC 1106948658 se encuentra vinculado(a) al Sistema General de Seguridad Social en Salud por intermedio de Asmet Salud EPS SAS con la siguiente información:

Régimen de afiliación actual:	SUBSIDIADO
Nivel de sisbén:	1
Municipio afiliación:	PALOCABILDO, TOLIMA
Zona:	URBANA
Estado:	ACTIVO

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en la línea gratuita: 01 8000 913 876 o en el chat virtual de nuestra página WEB www.asmetsalud.org.co. Se firma y se expide en la ciudad de Popayán a los 3 días del mes de agosto de 2026, a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Operaciones Nacional

ASMET SALUD EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

Fecha:03/08/2026 15:03:39 **IP:**null - 5203DDA768AF95B419C95012966419FDA03D5856

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.106.948.658



Apellidos
RUEDA BECERRA

Nombres
LISETH YOHANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.73	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
27 DIC 2005	O+	

Lugar de nacimiento
PALOCABILDO (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
31 ENE 2024, PALOCABILDO

Fecha de expiración
31 ENE 2034

Firma
Liseth Rueda

.CO

043332463

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL043332463629087<<<<<<<<<<<
0512273F3401310COL1106948658<6
RUEDA<BECERRA<<LISETH<YOHANA<<

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
LISETH YOHANA RUEDA BECERRA	C.C.	1,106,948,658	07/07/2026

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 7 de julio de 2026 a las 10:22:18 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

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:

LISETH YOHANA RUEDA BECERRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.106.948.658**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260709421334		Fecha de radicado	09/07/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1106948658
Nombre	LISETH YOHANA RUEDA BECERRA
Fecha de afiliación	07/07/2026

VIGILADO SuperSubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.108.120.362**

CERON CAMPO
APELLIDOS

MABEL ELIZA
NOMBRES

Mabel E Cerón Campo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-1984**
ROVIRA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

01-JUN-2005 CASABIANCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2904900-00928608-F-1108120362-20170731 0056836792G 2 47324941

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CERON CAMPO MABEL ELIZA** identificado(a) con **CC** número **1.108.120.362** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de julio de 2017 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 07 de julio de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
MABEL ELIZA CERON CAMPO	C.C.	1,108,120,362	07/07/2026

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 7 de julio de 2026 a las 10:23:33 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 11081

FECHA DE RADICACIÓN 07 07 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CERON	CAMPO	MABEL	ELIZA

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [X] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1108120362
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / TOLIMA / FALAN
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL: — GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: NINGUNA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1.750.905,00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: VEREDA MONDECO
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3133026936
CORREO ELECTRÓNICO: mabelelizaceroncampo@gmail.com
DEPARTAMENTO: TOLIMA
MUNICIPIO/ DISTRITO: FALAN
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 5441

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
					F M	F M T NB Otro?	PAÍS / DEPART. / MUNICIPIO	DÍA MES AÑO
01		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
02		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
03		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
04		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
05		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						

	Datos complementarios del Beneficiario																							
	43. PARENTESCO	44. EDAD	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01							I. II.												
02							I. II.												
03							I. II.												
04							I. II.												
05							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA EPS DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social: Unión Temporal Tolima Vial 2026
56. Tipo documento de identificación: NI [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]
57. Número del documento de identificación: 901.995.102
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación — DIRECCIÓN: Calle 36 N° 18-23 — TELÉFONO CELULAR: 5873333 — admonfalan@ingenieriadevias.com.co — DISTRITO CAPITAL — BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 07 07 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: MABEL ELIZA CERON CAMPO
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: JESSICA LENIS CORTES — Unión Temporal Tolima Vial 2026

X. ANEXOS

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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: — Código del departamento:
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA / MES / AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA / MES / AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260709421273		Fecha de radicado	09/07/2026

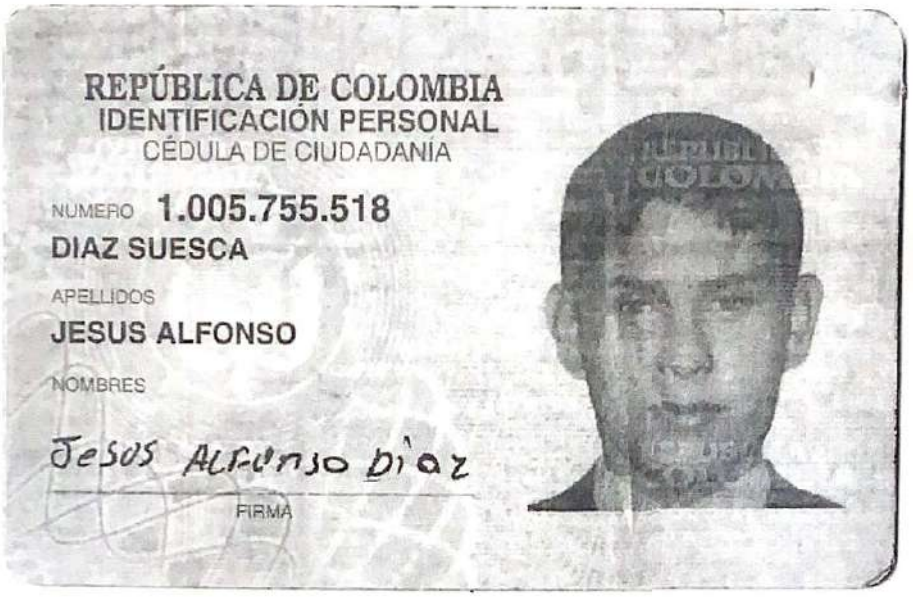
INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1108120362
Nombre	MABEL ELIZA CERON CAMPO
Fecha de afiliación	07/07/2026

VIGILADO SuperSubsidio



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.005.755.518**

DIAZ SUESCA

APELLIDOS

JESUS ALFONSO

NOMBRES

Jesus Alfonso Díaz

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-JUN-2001**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

27-JUN-2019 PALOCABILDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

P-2908700-01091370-M-1005755518-20190802 0067179611A 1 53778991

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JESÚS ALFONSO DIAZ SUESCA	C.C.	1,005,755,518	02/07/2026

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 10 de julio de 2026 a las 08:39:13 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

30351930

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 488500

FECHA DE RADICACIÓN: 14 07 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A1778

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: DIAZ | SEGUNDO APELLIDO: SUESCA | PRIMER NOMBRE: JESUS | SEGUNDO NOMBRE: ALFONSO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ] — CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1005755518
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: TOLIMA | MUNICIPIO: IBAGUE
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 24 | MES 06 | AÑO 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: NINGUNA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CARRERA 10A N 3 22
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3214846838
CORREO ELECTRÓNICO: diazsuescaalfonso@gmail.com
DEPARTAMENTO: TOLIMA
MUNICIPIO/ DISTRITO: PALOCABILDO
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 3246

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN T	40. SEXO IDENTIFICACIÓN NB	40. SEXO IDENTIFICACIÓN Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	41. LUGAR DE NACIMIENTO DEPART.	41. LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	42. FECHA DE NACIMIENTO MES	42. FECHA DE NACIMIENTO AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	47. NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	48. GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	49. NO	49. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	50. NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	ZONA CENTRO POBLADO	ZONA RURAL DISPERSO	ZONA RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: union temporal tolima vial 2026
56. Tipo documento de Identificación: X [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de Identificación: 901995102
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
59. Ubicación: DIRECCIÓN: CL 36 18 23 OFC 201 | TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3182655950 | CORREO ELECTRÓNICO: LICITACIONES.INGENIERIADEVIAS@GMAIL.COM | DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL | MUNICIPIO/DISTRITO: BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 02 | MES 07 | AÑO 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Jesus Alfonso Diaz

81. El empleador, pagador o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio: JESSICA LENIS CORTES — Unión Temporal Tolima Vial 2026

X. ANEXOS

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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: | Código del departamento:
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO:
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, JESUS ALFONSO DIAZ SUESCA identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. CC | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1005755518 de IBAGUE, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ [X] No [ ]
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ [X] No [ ]
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ [X] No [ ]
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ [X] No [ ]
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ [X] No [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3214846838

y/o correo electrónico: diazsuescaalfonso@gmail.com

SÍ [X] No [ ]

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ [X] No [ ]

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI [X] NO [ ]

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente Jesus Alfonso Diaz

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1005755518

Fecha de Solicitud: 14/07/2026

Dirección: CARRERA 10A N 3 22

Tel: 3214846838 Municipio: PALOCABILDO

Departamento: TOLIMA

Huella

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

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

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

Autorizaciones

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

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

Aviso de privacidad

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

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

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

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

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

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

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

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

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

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

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	NINGUNA	PORVENIR	$1750905	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

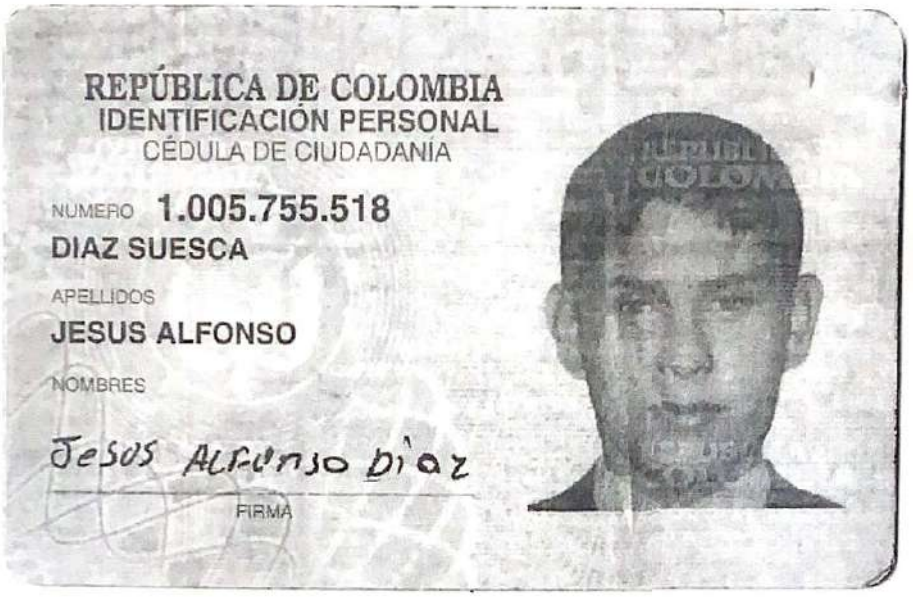
Nivel de Escolaridad									
Ninguno [ ]	Secundaria [ ]	Normalista [ ]	Profesional [ ]	Doctorado [ ]	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador [ ]	Contratista [ ]	Trabaja por su Cuenta [ ]	
Preescolar [ ]	Media académica o clásica (bachillerato básico) [ ]	Técnica Profesional [ ]	Especialización [ ]	Último Grado	Inicio Contrato		Fin Contrato		
Básico Primaria [ ]	Media técnica (bachillerato básico) [ ]	Tecnológica [ ]	Maestría [ ]	Aprobado _____					

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Yenifer Dayana Ortiz Rubio	A1778		CIUDAD Y FECHA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.005.755.518**

DIAZ SUESCA

APELLIDOS

JESUS ALFONSO

NOMBRES

Jesus Alfonso Díaz

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-JUN-2001**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

27-JUN-2019 PALOCABILDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

P-2908700-01091370-M-1005755518-20190802 0067179611A 1 53778991

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:

JESUS ALFONSO DIAZ SUESCA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.755.518**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260729423646		Fecha de radicado	29/07/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1005755518
Nombre	JESUS ALFONSO DIAZ SUESCA
Fecha de afiliación	02/07/2026

VIGILADO SuperSubsidio

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.338.764



Apellidos
BOCANEGRA NISPERUZA

Nombres
LUISA FERNANDA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.51	F

Fecha de nacimiento
01 AGO 2003

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
23 AGO 2021, FALAN

Firma
Luisa Bocanegra

Fecha de expiración
14 MAYO 2034

.CO

046715649

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL046715649829049<<<<<<<<<<<
0308016F3405145COL1000338764<2
BOCANEGRA<NISPERUZA<<LUISA<FER

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 01B 00000000 *

No.Radicación: 100033

FECHA DE RADICACIÓN: 06 07 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BOCANEGRA	NISPERUZA	LUISA	FERNANDA

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [X] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.E. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1000338764
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / TOLIMA / FALAN
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL / GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: NINGUNA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1.750.905,00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CARRERA 8 N° 3
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3133302339
CORREO ELECTRÓNICO: luisaferbocanegra@gmail.com
DEPARTAMENTO: TOLIMA
MUNICIPIO/ DISTRITO: FALAN
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 5441

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
					F M	F M T NB Otro?	PAÍS DEPART. MUNICIPIO	DÍA MES AÑO
81		CN MSC RC TI CC CE SC PA CD AS PE						
82		CN MSC RC TI CC CE SC PA CD AS PE						
83		CN MSC RC TI CC CE SC PA CD AS PE						
84		CN MSC RC TI CC CE SC PA CD AS PE						
85		CN MSC RC TI CC CE SC PA CD AS PE						

	Datos complementarios del Beneficiario																								
	43. PARENTESCO	44. EDAD	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	49. DISCAPACIDAD NO	49. DISCAPACIDAD CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE SI	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	51. Datos de residencia MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	ZONA CENTRO POBLADO	ZONA RURAL DISPERSO	ZONA RESTO RURAL
81							I. II.												
82							I. II.												
83							I. II.												
84							I. II.												
85							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA EPS DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
81							
82							
83							
84							
85							

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

55. Nombre o razón social: Unión Temporal Tolima Vial 2026
56. Tipo documento de identificación: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [X]
57. Número del documento de identificación: 901.995.102
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: Calle 36 N° 18-23
TELÉFONO: 5873333
CELULAR
admonfalan@ingenieriadevias.com.co
DISTRITO CAPITAL
BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 02 07 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario reportando aplique o afiliado adicional: LUISA FERNANDA BOCANEGRA NISPERUZA
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: JESSICA LENIS CORTES

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ]
Cantidad: Total
Unión Temporal Tolima Vial 2026
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio [ ]
Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio / Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA / MES / AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA / MES / AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUISA FERNANDA BOCANEGRA NISPERUZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.338.764**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260307407847		Fecha de radicado	07/03/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1106333506
Nombre	LUISA FERNANDA VELEZ HERNANDEZ
Fecha de afiliación	05/03/2026

VIGILADO SuperSubsidio

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal BOGOTA

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
LUISA FERNANDA BOCANEGRA NISPERUZA	C.C.	1,000,338,764	02/07/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
JESUS ALFONSO DIAZ SUESCA	C.C.	1,005,755,518	02/07/2026	RIESGO IV	4.350	TRASPORTE DE CARGA

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 1 de julio de 2026 a las 04:01:42 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.