	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código	DE-DEAJU-FR-020
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE INTERVENTORÍA	Versión	8
		Vigencia	12/03/2026

1- INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

FECHA INFORME DE SUPERVISIÓN	05/08/2026	PERIODO REPORTADO DEL:	1/07/2026	AL:	31/07/2026
CONTRATO Nº	005-00-F-CACOM-3-GRUAL-2026	CONTRATISTA	KONKON SAS		
OBJETO	INTERVENTORÍA MANTENIMIENTO RECUPERATIVO DE BIENES INMUEBLES DEL CACOM-3 Y GACAR				
FECHA DE INICIO	1/07/2026	FECHA DE TERMINACIÓN	30/10/2026		

VALOR INICIAL	$ 551.281.374,00	VALOR ADICIONAL (Si aplica)	$ 0,00	VALOR REDUCCIÓN (Si aplica)	$ 0,00	VALOR TOTAL	$ 551.281.374,00

2- ESTADO DEL CONTRATO OBSERVACIONES

Se realiza la firma del contrato el 22/06/2026
Se realiza aprobación de Pólizas el 24/06/2026 de la siguiente forma :
cumplimiento del contrato valor :$137.820.343,50 vigencia desde 19/06/2026 a 30/04/2027
pago de salario, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales $ 27.564.068,70 vigencia 19/06/2026 a 30/10/2029
calidad del servicio $275.640.687,00 vigencia 30/10/2026 a 30/10/2031

Administrativamente el contratista se encuentra realizando verificacion de la termina verificacion de la documentacion presentada por el contratista de obra proceso 004-00-F-CACOM3-GRUAL-2026 lote 1 y lote 2 como parte del proceso de la revison integral del proyecto así mismo se reciben los perfiles del grupo técnico principal y grupo tecnico básico los cuales se revisan y se realizan observación para su revisión y aprobación

3- CONTROL DE MODIFICATORIOS

4- RECURSOS DEL CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA

Ensayos, Diseños y Otros contratados por interventoría		Materiales de Interventoría		Equipos de Interventoría		Personal de Interventoría		Dedicación contractual	Dedicación ejecutada	Cumplio/ No cumplio	Observaciones
Detalle	Obs/Resultado	Detalle	Cantidad	Detalle	Cantidad	Detalle	Cantidad	%	%	Si/ No	Detalle
						Director de interventoría	1	**50,00%**	**50%**	SI	
						Residente de interventoría	2	**100,00%**		NO	
						Residente de interventoría SISOMA	2	**100,00%**		NO	
						Auxiliar interventoría	3	**100,00%**		NO	
						Especialista Asesor Estructural	1	**26,38%**			
						Especialista Asesor Jurídico	1	**20,00%**			
						Asesor Arquitectura	1	**20,00%**			
						Asesor Ingeniero Hidrosanitario	1	**20,00%**			
						Asesor Ingenieria Electricista	1	**20,00%**			
						Asesor Contable y Financiera	1	**20,00%**			
						TOTAL	14				

5- CONTROL DE PROGRAMACIÓN

PORCENTAJE PONDERADA EN OBRA CACOM 3

% Ejecutado acumulado mes anterior (Total)	0,00%	EJECUTADO TOTAL A LA FECHA	PROGRAMADO TOTAL A LA FECHA	ATRASO (-) / ADELANTO (+)
EJECUCIÓN SEMANAL (MES REPORTADO)				
Semana 1 06-07-26	0,00%	**1,00%**	**0,00%**	**1,00%**
Semana 2 13-07-26	0,00%			
Semana 3 20-07-27	0,00%			
Semana 4 27-07-27	0,00%			
Semana 5 31-07-28	1,00%			

GRÁFICO DE OBRA PROGRAMADA Vs. EJECUTADA

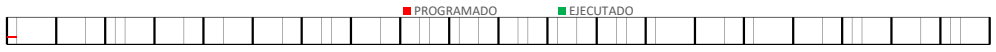
AVANCE	GRÁFICO DE PORCENTAJES	TOTAL
PROGRAMADO		**1,00%**
EJECUTADO		**0,00%**

5- CONTROL DE PROGRAMACIÓN

PORCENTAJE PONDERADA EN OBRA GACAR

% Ejecutado acumulado mes anterior (Total)	0,00%	EJECUTADO TOTAL A LA FECHA	PROGRAMADO TOTAL A LA FECHA	ATRASO (-) / ADELANTO (+)
EJECUCIÓN SEMANAL (MES REPORTADO)				
Semana 1 06-07-26	0,00%	**0,00%**	**0,00%**	**0,00%**
Semana 2 13-07-26	0,00%			
Semana 3 20-07-27	0,00%			
Semana 4 27-07-27	0,00%			
Semana 5 31-07-28	0,00%			

GRÁFICO DE OBRA PROGRAMADA Vs. EJECUTADA

AVANCE	GRÁFICO DE PORCENTAJES	TOTAL
PROGRAMADO		**0,00%**
EJECUTADO		**0,00%**

6- DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO DE LA PROGRAMACION

LA PRESENTE INFORMACIÓN SE TOMA DEL AVANCE DE OBRA GENERADO A LA FECHA DE CORTE DEL PRESENTE INFORME DONDE SE EJECUTARON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES ESTANDO ACORDE CON EL CRONOGRAMA ACTUAL.

CACOM 3:
Intervención de los siguientes frentes de trabajo: revision de documentacion ,se inician actividades preliminares desmonte, demoliciones

GACAR:
Intervención de los siguientes frentes de trabajo: no se ha iniciado ejcusion de actividades revision de documentacion

Se realiza primer modificatorio del 004-00-F-CACOM-3-GRUAL-2026 y 004-01-F-CACOM-3-GRUAL-2026 obra lote 1 y lote 2 en relacion a los siguietes aspectos
1. modificación de la forma de pago anticipo

se presentan dificultades con el suministro de personal

7- PLAZO (DÍAS)

Cant. Días	Total	Transcurrido	Faltantes
Contractual	122	31	91
Proyección	120,78	31	89,78

8- CUMPLIMIENTO TRÁMITES Y COMPROMISOS ADMINISTRATIVOS (Indicar las actividades administrativas y/o compromisos adquiridos por el Interventor durante el periodo)

ACTIVIDAD	ENTREGADO	APROBADO	CUMPLIO	OBSERVACIONES
HOJAS DA VIDA CONTRATISTA	**SI**	**NO**	**NO**	En revision
REPRESENTACIÓN HOJA DE VIDA INTERVENTORÍA	**SI**	**NO**	**NO**	N/A

PROGRAMACIÓN DE OBRA CONTRATISTA	**SI**	**NO**	**NO**	En revision
PLAN DE INVERSIÓN DEL ANTICIPO DE OBRA	**SI**	**NO**	**NO**	En revision
PLAN DE MANEJO AMBIENTAL CONTRATISTA	**SI**	**NO**	**NO**	En revision
ANÁLISIS DE PRECIOS UNITARIOS DE OBRA	**SI**	**NO**	**NO**	En revision
INFORME DE INTERVENTORÍA	**SI**	**NO**	**NO**	En revision
				N/A

9 - DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL PERIODO

Revision de documentacion del contrato de obra para los dos lotes por parte de la intervnetoria, revision de perfiles

10- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PENDIENTES

Reiterar al contratista la entrega de documentacion y pendientes por suministrar como: certificados, fichas tecnicas, inclusion de mas personal , realizacion de tramites de occre para perosnal de oeprarios que vengan del interior

11- CONTROL DE COSTOS CACOM 3

Detalle	Presupuesto		Inversión a la Fecha		Por Ejecutar	
	INICIAL	**ACTUAL** (Adiciones y/o reducciones)	**$**	**%**	**$**	**%**
Directos+Indirectos+IVA	$ 379.921.374,00	$ 379.921.374,00	$ 3.799.213,74	1,00%	$ 376.122.160,26	99%
Adiciones	N/A	$ 0,00				
Reducciones		$ 0,00				
TOTAL	$ 379.921.374,00	$ 379.921.374,00				

11- CONTROL DE COSTOS CACOM 3 - FIJOS GACAR

Detalle	Presupuesto		Inversión a la Fecha		Por Ejecutar	
	INICIAL	**ACTUAL** (Adiciones y/o reducciones)	**$**	**%**	**$**	**%**
Directos+Indirectos+IVA	$ 171.360.000,00	$ 171.360.000,00	$ 0,00	0,00%	$ 171.360.000,00	100%
Adiciones	N/A	$ 0,00				
Reducciones		$ 0,00				
TOTAL	$ 171.360.000,00	$ 171.360.000,00				

11- CONTROL DE COSTOS TOTAL

Detalle	Presupuesto		Inversión a la Fecha		Por Ejecutar	
	INICIAL	**ACTUAL** (Adiciones y/o reducciones)	**$**	**%**	**$**	**%**
Directos+Indirectos+IVA	$ 551.281.374,00	$ 551.281.374,00	$ 3.799.213,74	0,69%	$ 547.482.160,26	99%
Adiciones	N/A	$ 0,00				
Reducciones		$ 0,00				
TOTAL	$ 551.281.374,00	$ 551.281.374,00				

12- CONTROL PAGOS

DETALLE DE PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL	$ 551.281.374,00	
VALOR ADICIONAL (Si aplica)	$ 0,00	
VALOR REDUCIDO (Si aplica)	$ 0,00	
VALOR TOTAL	$ 551.281.374,00	
ANTICIPO (Si aplica)	$ 0,00	
PRIMER PAGO	$ 0,00	
TOTAL PAGADO A LA FECHA	$ 0,00	

13- OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Hasta la fecha el contratista no ha tenido multas ni sanciones por parte de la entidad contratante
Se realiza reunion el dia 1 de julio en el cual se dan lineameno y pautas para la ejecusion del contrato
Se realiza oficio FAC-S-2026-024854-CE del 10 de julio en cual se solicta la resentacion de los perfiles de interventoria asi mismo revison integral del proyecto
Se realiza oficio FAC-S-2026-025195-CE del 14 de julio en cual se recaba la presentacion de los perfiles de interventoria asi mismo revison integral del proyecto
Se realiza oficioFAC-S-2026-026527-CE en el cual se solicta la subsanacion a la docuemtnaion varificada por la supervision asi mismo la presentacion de la documentacion de la revision integral del proyecto

14- EL TIEMPO EXISTENTE FUE ASÍ (Condiciones Climáticas):

Se presentan dias soleados en GACAR y CACOM 3



M. LUIS ARIEL CARO COBOS
Supervisor Contrato de Interventoría No. 005-00-F-CACOM-3-GRUAL-2026
Grado Firma y Posfirma



TE. DIAZ AREVALO ERICK ANDRES
Supervisor Contrato de Interventoría No. 005-00-F-CACOM-3-GRUAL-2026
Grado Firma y Posfirma

Tabla de Contenido

CONTROL REVISIÓN DEL DOCUMENTO 2
1. INTRODUCCIÓN 5
1. INFORMACIÓN GENERAL CONTRACTUAL 7
1.1 Información General Contrato de Obra de interventoría 7
1.2 Personal Profesional Interventoría 8
2. Información General Contrato de Obra 8
3.1. Personal Profesional de Obra 9
3. INTERVENTORÍA KRONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS - KONKON SAS 10
3.1 Objetivos 10
4. Alcance 11
5. Metodología 12
6. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 13
6.1 Localización General 13
7. Correspondencia 15
7.1.1 Correspondencia Enviada a Contratista 15
7.1.2 Correspondencia Recibida por Parte del Contratista 17
7.1.3 Correspondencia Enviada a Entidad FAC 18
8.1 Cumplimiento obligaciones ejecución física de obra 22
9. FUNCIONES DE LA INTERVENTORÍA 26
9.1 Componente inspección técnica 26
10. COMITES DE OBRA 27
11. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO 34
11.1 FRENTE CASA OFICIALES NO. 25 34
11.2 FRENTE CASA OFICIALES NO. 25 34
12.3 REGISTRO FOTOGRAFICO 35
CASA OFICIAL NUMERO 25 35
CASA SUBOFICIAL NUMERO 09 40
13. COMPONENTE TÉCNICO 44

13.1 COMPONENTE ARQUITECTONICO 44

13 .2 COMPONENTE HIDROSANITARIO 45

13..3 COMPONENTE ELÉCTRICO 45

En el componente eléctrico se realizaron actividades de desmonte de las redes y puntos de energía en los distintos frentes de trabajo interior. 45

13.4 COMPONENTE FINANCIERO DEL CONTRATISTA 45

13.5 Avances de Obra contratista 45

13.4 Componente Financiero Interventoría 45

14. Componente SG-SST – SISOMA 46

14.2 Medio ambiente y Gestión de residuos 47

14.3 Seguimiento a condiciones de orden y aseo 48

KONKON S.A.S.
NIT: 901.839.938 - 3

1. INTRODUCCIÓN

El Grupo de Apoyo Logístico, por medio del Escuadrón de Instalaciones del CACOM-3, desempeña un papel esencial en la protección de la integridad física del personal militar y en la conservación de las instalaciones bajo su responsabilidad.

En desarrollo de dichas funciones, el Escuadrón de Instalaciones debe ejecutar de manera permanente actividades de mantenimiento preventivo, correctivo, predictivo y detectivo conforme a las directrices técnicas establecidas en el Manual de Instalaciones Aéreas y demás lineamientos institucionales aplicables, con el fin de garantizar condiciones adecuadas de seguridad física, funcionalidad, salubridad y habitabilidad para el personal militar, civil y sus núcleos familiares, así como la conservación del patrimonio inmobiliario estratégico de la Entidad.

La infraestructura bajo responsabilidad del CACOM-3 presenta, en términos generales, altos niveles de antigüedad y desgaste, con edificaciones que superan los cuarenta y seis (46) años de operación y otras con periodos de servicio comprendidos entre diez (10) y treinta (30) años. Estas condiciones se han visto agravadas por el uso intensivo, la exposición a condiciones ambientales adversas y el envejecimiento natural de los materiales, factores que han generado un deterioro progresivo de los sistemas constructivos y técnicos.

Como resultado de las evaluaciones técnicas periódicas realizadas por el Escuadrón de Instalaciones, tanto en las instalaciones del CACOM-3 como en las del GACAR, se han identificado múltiples patologías constructivas, entre las que se destacan socavaciones, corrosión de elementos metálicos, filtraciones, humedad persistente, desprendimiento de acabados, deterioro de cubiertas y exposición de componentes estructurales y no estructurales, las cuales incrementan los riesgos físicos, operativos y de habitabilidad para los usuarios de los inmuebles.

Las necesidades de mantenimiento comprenden intervenciones en estructuras, cubiertas, impermeabilizaciones, instalaciones hidrosanitarias y eléctricas, acabados arquitectónicos, carpinterías, cerramientos y demás componentes, indispensables para restituir las condiciones mínimas de servicio, seguridad y funcionalidad de las edificaciones de carácter operativo, administrativo, habitacional y de apoyo a la misión. En este contexto, se hace técnica, funcional y operativamente necesario adelantar un único proceso de contratación, orientado a atender de manera integral las necesidades de mantenimiento de la infraestructura bajo responsabilidad del CACOM-3, incluyendo las instalaciones del GACAR, garantizando una intervención planificada, eficiente y conforme a los estándares técnicos institucionales, que permita asegurar la continuidad operativa, el bienestar del personal y la adecuada conservación del patrimonio inmobiliario de la Fuerza Aeroespacial Colombiana

Las actividades de mantenimiento contempladas comprenden intervenciones especializadas en diferentes componentes de la infraestructura, tales como trabajos de pintura, reparación de pañetes, mantenimiento de estructuras metálicas, adecuación de redes hidrosanitarias y eléctricas, ejecución de acabados, impermeabilización y labores de carpintería en metal, madera y aluminio.
Edificaciones estratégicas como los alojamientos, áreas administrativas, zonas de mantenimiento y viviendas fiscales presentan un significativo nivel de deterioro, evidenciado por patologías constructivas como socavaciones, procesos de corrosión, filtraciones, presencia de humedad, desprendimiento de elementos constructivos y exposición de componentes metálicos. Aéreo de Combate No. 3.

Estas afectaciones no solo comprometen la integridad física de las estructuras, sino que también representan un riesgo latente para la seguridad de sus ocupantes, para las instalaciones:
- VIVIENDA FISCAL SUBOFICIAL No.9, CACOM 3, VIVIENDA FISCAL OFICIAL No. 25, AUDITORIO AWATAWAA, EDIFICIO ALBATROZ SUBOFICIALES,EDIFICIO DE ALOJAMIENTO (MOKANA), DRAKO 3 SUBOFICIALES SOLTEROS, ALOJAMIENTO SOLDADOS. 4, DRAGON 2 OFICIALES SOLTEROS, EDIFICIO SALA PILOTOS, ESCUELA BASICA ART (EBART), ESTRUCTURA CUBIERTA BASE DE LAZAMIENTO EBARP Y PARA RIOHACHA ZONA OPERATIVA RADAR, ZONA VILLA RADAR, CONTENEDORES RADAR FLOR DE LA GUAJIRA.

El deterioro evidenciado repercute de manera directa en las condiciones de seguridad, habitabilidad y desempeño laboral del personal militar y de sus familias, al propiciar espacios expuestos a riesgos de carácter físico y biológico. En este contexto, la ejecución permanente y programada de las actividades desarrolladas por el Escuadrón de Instalaciones constituye una estrategia fundamental para preservar la capacidad operativa del CACOM-3, garantizar condiciones adecuadas para el bienestar de su personal y salvaguardar la infraestructura institucional. En consecuencia, la realización oportuna y sistemática de estas intervenciones resulta indispensable para asegurar la continuidad de las operaciones del comando y cumplir con la misión constitucional de la Fuerza Aeroespacial Colombiana.

1. INFORMACIÓN GENERAL CONTRACTUAL

1.1 Información General Contrato de Obra de interventoría

La empresa **KONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S- KONKON S.A.S** suscribió el contrato de obra de interventoría N°005-00-F-CACOM3-GRUAL-2026 con LA FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA con el objeto de Ejercer la interventoría técnica, administrativa, financiera, contable y jurídica durante la ejecución del contrato de obra cuyo objeto es: Ejercer la interventoría técnica, administrativa, financiera, contable y jurídica durante la ejecución del contrato de obra cuyo objeto es el "MANTENIMIENTO INSTALACIONES CACOM-3 Y SUS ZONAS DESCONCENTRADAS."

GENERALIDADES DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA	
Contratante	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA
NIT. Entidad	899.999.102-2
Directora de Infraestructura	
Contrato De Interventoría N.	CONTRATO DE INTERVENTORÍA N°005-00-F-CACOM3-GRUAL-2026
Objeto Contrato	Ejercer la interventoría técnica, administrativa, financiera, contable y jurídica durante la ejecución del contrato de obra cuyo objeto es el "MANTENIMIENTO INSTALACIONES CACOM-3 Y SUS ZONAS DESCONCENTRADAS."
Valor	$551.281.374,00 (QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE)
Supervisor Contrato	MAYOR LUIS ARIEL CARO COBOS
Contratista	CONSORCIO WRI 1
Nit Contratista	NIT 902.059.649-6
Representante Legal C.C.	RUSSY LADINO WILVER FRANCINY

	No. 80212380 expedida en Bogotá
E-Mail	proyectos@wrussyingenieros.com
Fecha Acta de Inicio	1 de julio de 2026
Fecha de Terminación	30 de octubre de 2026

Tabla 1. Personal Interventoría

1.2 Personal Profesional Interventoría

CARGO	NOMBRE	DEDICACIÓN
Director de Interventoría	Ing. Ing. SAMUEL NARCISO RAMIREZ DE LA HOZ	50%
Residente de Interventoría	ING. NELSON ALDANA CASTRO	100%
Auxiliar de interventoría	Ing. GUISSEL CAROLINA PIMIENTA MEDINA	100%
Auxiliar de Ingeniería	Ing. CARLOS ALBERTA ANGARITA JAIME	100%
Profesional Seguridad y Salud en el Trabajo	LINDA CECILIAR GUTIERREZ MARQUEZ	100%

Tabla 2. Personal Interventoría

2. Información General Contrato de Obra

GENERALIDADES DEL CONTRATO DE OBRA	
Contratante	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA
NIT. Entidad	899.999.102-2
Directora de Infraestructura	
Contrato De Obra	004-00-F-CACOM-3-GRUAL-2026

Objeto Contrato	"MANTENIMIENTO INSTALACIONES CACOM-3 Y SUS ZONAS DESCONCENTRADAS"

Valor	$ 3.892.837.718,17 M/cte (tres mil ochocientos noventa y dos millones ochocientos treinta y siete mil setecientos diez y ocho pesos y diez y siete centavos m/cte
Anticipo 50%	$ 1.946.418.859,08 M/Cte (mil novecientos cuarenta y seis millones cuatrocientos diez y ocho mil ocho y nueve pesos con centavos pesos moneda corriente)
Contratista	CONSORCIO WRI 1
Nit Contratista	902.059.649-6
Representante Legal **C.C**	Wilver Franciny Russy Ladino 80.212.380
E-Mail	Proyectos @wrussyingenieros.com
Fecha Acta de Inicio	01 de Julio 2026
Fecha de Terminación	30 Octubre de 2026

Tabla 3. Generalidades Contrato de Obra

3.1. Personal Profesional de Obra

De acuerdo con los documentos recibido por el contratista de acuerdo a los parámetros del inciso 7.1.2 4.. (Personal Mínimo Requerido – experiencia del personal, etc), información sobre el personal profesional, para efectos del análisis de la información del personal, se tendrán en cuenta las siguientes:

a. Requisitos del personal
I. Director de Obra -cantidad 1
II. Residente de Obra -cantidad 3
I. Técnico y/o Tecnólogo gestor seguridad y medio ambiente SISOMA- cantidad 3

Así mismo los documentos aprobados y personal técnico de obra se describen a continuación:

PERSONAL TÉCNICO DE OBRA				
CARGO	**NOMBRE**	**MATRICULA PROFESIONAL**	**DEDICACIÓN**	**CUMPLE / NO CUMPLE**
DIRECTOR DE OBRA	ABNER PEREZ TURIZO	8202117922 ATL	100%	CUMPLE
RESIDENTES DE OBRA	LUIS MANUEL SAUMETH CANAVAL	021037-0599692 ATL	100%	CUMPLE
RESIDENTES DE OBRA	RAUL DAVID BRITO JIMENEZ	08202-240462 ATL	100%	CUMPLE
SISOMA	IVONNE DE CARLO PEÑALVER MARTINEZ	Resolución 1060	100%	CUMPLE

Tabla 4. Generalidades Contrato de Obra

3. INTERVENTORÍA KRONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS - KONKON SAS

3.1 Objetivos

Como parte de sus funciones por área de gestión el Interventor deberá cumplir con los siguientes Objetivos Específicos, según apliquen al Contrato de Obra:

1. Verificar, previo al inicio de la ejecución de las obras, los estudios, diseños y documentos técnicos suministrados por la Entidad, con el propósito de identificar oportunamente observaciones, inconsistencias o riesgos técnicos, y ponerlos en conocimiento de la Entidad para su análisis y eventual ajuste por parte del comité estructurador correspondiente.

2. Verificar y controlar que la ejecución de las obras se realice con la calidad exigida en las especificaciones técnicas del proyecto, de conformidad con los procedimientos constructivos establecidos y las fichas técnicas de los materiales y equipos empleados.

3. Exigir y verificar que las actividades objeto del contrato de obra se desarrollen conforme a la

normatividad técnica, ambiental, laboral y de seguridad y salud en el trabajo vigente, aplicable a cada una de las áreas que intervienen en su ejecución.

4. Atender, analizar y conceptuar técnicamente sobre las consultas e inquietudes que se presenten durante el desarrollo de las obras, dentro del marco de las funciones de la interventoría, sin sustituir las responsabilidades propias del contratista de obra ni de la Entidad.

5. Realizar seguimiento y control al comportamiento presupuestal y financiero del contrato de obra, verificando la correspondencia entre el avance físico y el avance financiero, e informar oportunamente a la Entidad sobre situaciones que puedan afectar el equilibrio económico del contrato.

6. Ejercer control administrativo sobre la ejecución del contrato de obra, verificando que los trámites administrativos asociados a pagos, suscripción de actas, aprobación de documentación y demás actuaciones contractuales se realicen de manera oportuna, ordenada y conforme a la normativa aplicable, evitando reprocesos o retrasos atribuibles a la gestión administrativa.

7. Emitir informes técnicos, administrativos, financieros, contables y jurídicos, que permitan a la Entidad contar con soporte suficiente para la toma de decisiones durante la ejecución y la liquidación del contrato, contribuyendo a una adecuada finalización del proyecto desde el punto de vista contractual.

8. Ejercer vigilancia técnica, administrativa, financiera, contable y jurídica sobre cada uno de los lotes que conforman el contrato de obra, garantizando control individualizado por lote y consolidado general del proyecto.

4. Alcance

El Interventor debe ejecutar el contrato de conformidad con las especificaciones y características técnicas señaladas en los Documentos del Proceso de Contratación 005-00-F-CACOM-3-GRUAL-2026, los cuales hacen parte integral de este contrato.

El Interventor se obliga con la Entidad a ejecutar, a los precios cotizados en la propuesta y con sus propios medios –materiales, maquinaria, laboratorios, equipos y personal- en forma independiente y con plena autonomía técnica y administrativa, hasta su total terminación y aceptación final, las actividades propias de interventoría según lo establece la legislación vigente, el Pliego de Condiciones, el Anexo Técnico y el contrato al cual se ejercerá la interventoría.

El Interventor y la Entidad asumen de forma obligatoria los Riesgos previsibles identificados y plasmados en el Pliego de Condiciones en la "Matriz 3 – Riesgos" y aceptados con la presentación de la propuesta.

5. Metodología

Las actividades y procedimientos que deberá ejecutar la Interventoría se encuentran estrechamente relacionados con cada una de las etapas de desarrollo del Contrato de Obra y deberán adelantarse de conformidad con el plazo previsto para la ejecución del Contrato de Interventoría. En consecuencia, las obligaciones y funciones de la Interventoría se desarrollarán de acuerdo con la fase contractual correspondiente, así:

- Interventoría fase 1 – Administrativa:

  Comprende las actividades y procedimientos de la Interventoría orientados a la revisión y verificación de los productos técnicos, documentos y demás requisitos que el contratista debe presentar antes del inicio de la ejecución de las obras. Esta etapa reviste especial importancia, ya que la información y documentación aprobada constituye el soporte técnico y administrativo indispensable para el desarrollo de la siguiente fase del proyecto.

- Interventoría Fase 2 – Ejecución de Obras:

  Comprende la ejecución de las actividades y procedimientos de la Interventoría orientados al seguimiento, control y verificación de los productos, obligaciones y actividades desarrolladas por el contratista durante la etapa de ejecución de las obras. Estas acciones se llevarán a cabo una vez el Interventor haya verificado el cumplimiento y cierre de la fase precedente en los frentes de trabajo correspondientes al Contrato de Obra, constatando que las actividades ejecutadas se ajusten a las especificaciones técnicas, condiciones contractuales y demás requisitos establecidos en el contrato.

KONKON S.A.S.
NIT: 901.839.938 - 3

6. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

6.1 Localización General

El proyecto tendrá ejecución en el Municipio de Malambo Barranquilla- Atlántico que comprende la locación geográfica en las coordenadas: 10.87995943169058, -74.78194971349187. En el comando aéreo de combate no.3. dirección, vía aeropuerto km 3, base Aérea malambo atlántico.



Ilustración 1: Localización geográfica del área de intervención CACOM 3

De igual manera también tendrá ejecución en Riohacha, en radar Riohacha y villa radar ubicados en el batallón de infantería mecanizado no 6 "Cartagena" km 6 vía Maicao. Riohacha, la guajira.



Ilustración 2: Localización geográfica del área de intervención- Batallón Cartagena Riohacha

RADAR LA FLOR ubicado en la Base Militar Flor de la Guajira; Latitud. 11.82013° o 11° 49' 13" norte; Longitud. -71.41595° o 71° 24' 57" oeste; Altitud. 36 metros (118 pies)



Ilustración 3: Localización geográfica del área de intervención - La Flor de la Guajira

7. Correspondencia

Durante la ejecución del proyecto se desarrolla un intercambio permanente de comunicaciones entre la Interventoría, el Contratista y la Entidad Contratante, con el propósito de garantizar una coordinación efectiva, mantener un flujo oportuno de información y promover la transparencia en el desarrollo del contrato.

La correspondencia emitida y recibida comprende asuntos relacionados con el seguimiento a las obligaciones contractuales, el avance de las actividades, la atención de requerimientos, la realización de ajustes cuando sean necesarios, las aclaraciones sobre el alcance contractual y demás aspectos técnicos, administrativos y contractuales que incidan en la correcta ejecución del proyecto.

7.1.1 Correspondencia Enviada a Contratista

En este apartado se visualizará los comunicados generados por parte de la interventoría hacia el contratista de obra, dando observaciones, peticiones y/o sugerencias, de igual manera se indica que la correspondencia enviada al contratista ha sido enviada con copia al apoyo a la supervisión.

No Consecutivo	Asunto	Fecha
OFICIO 001- CACOM 3 – GACAR	Solicitud de documentación requerida para darle normal tramite a las obras contratadas	8- Jul 2026
OFICIO 002- CACOM 3 – GACAR	Llamado de atención al contratista por la no asistencia del representante legal a las reuniones	8 -Jul 2026
OFICIO 005- CACOM 3 – GACAR	Respuesta oficio 0001-004CACOM3- 26	14 – Jul 2026
OFICIO 006- CACOM 3 – GACAR	Respuesta a oficio 0001-004 004CACOM3- 26	14 - Jul 2026
OFICIO 008- CACOM 3 – GACAR	Notificación cambio de correo	17 - Jul 2026
OFICIO 009- CACOM 3 – GACAR	Respuesta a oficio No 0002-004 CACOM3-26 solicitud de documentación	17- Jul 2026

OFICIO 0010- CACOM 3 – GACAR	Reiteración solicitud de documentación	21 -Jul 2026
OFICIO 0011- CACOM 3 – GACAR	Relación personal de interventoría a supervisión	21- Jul 2026
OFICIO 0013- CACOM 3 – GACAR	Se llama la atención a contratista porque no se ha presentado a cumplir con las obligaciones contractuales	23- Jul 2026
OFICIO 0014- CACOM 3 – GACAR	Corrección fecha de oficio OFICIO 0013- CACOM 3 – GACAR	24 -Jul 2026
OFICIO 0015- CACOM 3 – GACAR	Requerimiento de especificaciones de hojas de vida presentadas por el contratista para cumplir con el personal profesional	25- Jul 2026
OFICIO 0016 - CACOM 3 – GACAR	Requerimiento documentación (seguridad social, y demás obligaciones) del personal de obra	25- Jul 2026
OFICIO 0018 - CACOM 3 – GACAR	Reiteración solicitud documentación faltante	25 -Jul 2026
OFICIO 0020 - CACOM 3	Citación a reunión de seguimiento	27- Jul 2026
OFICIO 0021 - CACOM 3	Requerimiento de documentación faltante del personal para ingreso de obra	29- Jul 2026
OFICIO 0022 - CACOM 3	Citación a reunión de seguimiento de avance de obra a representantes legales	30- Jul 2026
OFICIO 0023 - CACOM 3	Solicitud de perfiles profesionales faltantes	30- Jul 2026

OFICIO 0024 - CACOM 3	Solicitud cambio de fecha de relación del acta de vecindad	30- Jul 2026
OFICIO 0025 - CACOM 3	Relación de personal autorizado para ingreso a obra	30 -Jul 2026

Tabla 5. Correspondencia enviada a contratista

7.1.2 Correspondencia Recibida por Parte del Contratista

No 0001-004CACOM3-26	AJUSTE DE PORCENTAJES PARA CORTE Y FACTURACIÓN DEL CONTRATO No. 004-00-F-CACOM-3-GRUAL-2026.	10 - jul 2026
No 0002-004CACOM3-26	Contratista hace entrega del parte de documentación requerida en el oficio 001-CACOM3 - GACAR	16 - jul 2026
No 0003-004CACOM3-26	Contratista envía documentación del personal operativo	22- Jul 2026
No 0004-004CACOM3-26	Contratista envía hojas de vida de personal profesional	23 Jul 2026
No 0005-004CACOM3-26	Contratista envía radicación de pólizas actualizadas según el acta de inicio	24 Jul 2026
No 0006-004CACOM3-26	envío documentación pendiente de personal operativo	27- Jul 2026
No 0007-004CACOM3-26	envío documentación pendiente de personal operativo	28 – Jul 2026

KONKON S.A.S. NIT. 901.839.938 - 3

No 0008-004CACOM3-26	Respuesta a OFICIO No 0014 CACOM3 - GACAR	28- Jul 2026
No 0009-004CACOM3-26	envío documentación pendiente de personal operativo	28 - Jul 2026
No 0010-004CACOM3-26	Contratista envía actas de vecindad	28 - Jul 2026
No 0011-004CACOM3-26	Solicitud ingreso permanente de vehículo	31- Jul 2026
No 0012-004CACOM3-26	Respuesta oficio No OFICIO 0024- CACOM 3	31- Jul 2026
No 0013-004CACOM3-26	Respuesta a OFICIO 0021- CACOM 3	31- Jul 2026
No 0014-004CACOM3-26	Respuesta No OFICIO 0017 – CACOM 3	31- Jul 2026
No 0015-004CACOM3-26	envío de documentación sisoma	31- Jul 2026

Tabla 6. Correspondencia recibida por parte del contratista

7.1.3 Correspondencia Enviada a Entidad FAC

En este capítulo se visualiza los diferentes comunicados generados por parte de la interventoría hacia la entidad contratante FAC durante este periodo de ejecución.

OFICIO 003- CACOM 3 – GACAR	Envío de actas de inicio de obra corregidas	8- Jul 2026
OFICIO 004- CACOM 3 – GACAR	Solicitud de ingreso a las instalaciones de CACOM 3 por parte del personal de interventoría	13- Jul 2026
OFICIO 005- CACOM 3 – GACAR	Respuesta oficio 0001-004CACOM3- 26	14- Jul 2026

OFICIO 006- CACOM 3 – GACAR	Respuesta a oficio 0001- 004 004CACOM3- 26	14 - Jul 2026
OFICIO 007- CACOM 3 – GACAR	Presentación de perfiles profesionales propuestos para frente lote 1 a la supervisión	15 - Jul 2026
OFICIO 0012- CACOM 3 – GACAR	Respuesta a oficio FAC- S 2026 - 025665	23- Jul 2026
OFICIO 0017- CACOM 3 – GACAR	Solicitud respuesta a información enviada en oficio OFICIO 006- CACOM 3 – GACAR	27 -Jul 2026
OFICIO 0019 - CACOM 3 – GACAR	Envío de formato de revisión y aprobación de hojas de vida de personal de contratista	27- Jul 2026
OFICIO 0020 - CACOM 3 – GACAR	Citación a reunión de seguimiento	27- Jul- 2026

Tabla 7. Correspondencia enviada a la entidad

KONKON S.A.S.
NIT: 901.839.938 - 3

8. OBLIGACIONES CONTRACTUALES DEL CONTRATISTA

De acuerdo a lo establecido en el contrato CLAUSULADO ADICIONAL AL CONTRATO ELECTRONICO DE OBRA No. 004-00-F-CACOM-3-GRUAL- 2026 el contratista debe cumplir lo que establece la cláusula 3 – plazo ejecución del contrato.

Cláusula 3 - Plazo ejecución del contrato

El plazo de ejecución de la obra es a partir del perfeccionamiento del contrato y suscripción del acta de inicio de obra, hasta el **30 de octubre de 2026**
El plazo de ejecución del presente proyecto es el siguiente:
• **Quince (15) días calendario** contado contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de firma del acta de inicio del contrato de obra e interventoría **serán para efectuar los trámites administrativos** establecidas en documento condiciones generales del proceso.
• **Ejecución física de la obra:** A partir del día siguiente al plazo de ejecución de los trámites administrativos, sin sobrepasar el **30 de octubre de 2026**

Ilustración 4: Clausula 3- Plazo ejecución del contrato

9.1 Cumplimiento obligaciones trámites administrativos

La interventoría informa lo siguiente: Que de los trámites administrativos mencionados en la cláusula 3- plazo ejecución del contrato el CONSORCIO WRI 1 como calidad de contratista debía cumplir con una documentación especifica con plazo hasta el 16 de Julio de 2026 y que a la fecha de radicación de este informe se ha incumplido con los documentos obligatorios para inicio de obra. Documentación faltante como – La programación o cronograma de obra que constituye un documento de carácter obligatorio e indispensable para la adecuada planificación y control de la ejecución contractual.

KONKON S.A.S. NIT: 901.839.938 - 3

9.1.1 Cuadro relación de documentación entregada por el contratista CONSORCIO WRI

Documentos requeridos	¿Entregado?	Documento entregado	Observaciones
• Programa de salud ocupacional y seguridad industrial.	NO		
• Plan de manejo ambiental para el desarrollo de los trabajos	NO		
• Organigrama del personal técnico y administrativo que efectuará la ejecución de la obra.	NO		
• APUS firmados por el representante legal.	SI	APUS contractuales firmados en formato Excel y pdf-Folios (326)	Revisado por interventoría y aprobado
• AIU firmado por el representante legal.	SI		Revisado por interventoría y aprobado
• Especificaciones técnicas firmadas por el representante legal	SI	Especificacio nes técnicas firmadas formato pdf-Folios (102)	Revisado por interventoría y aprobado
• Entrega soporte escombrera destinación final de RCD	NO		
• Constancia del representante legal o revisor fiscal (si lo tiente) de que el contratista se encuentra al día con el pago de aportes a la seguridad social y parafiscales.	SI	Carta de declaración juramentada de pagos de seguridad social y aportes a parafiscales	En proceso de revisión, no se ha completado la entrega de documentación del personal por parte del contratista
• Actas de vecindad	SI	Entregaron actas de vecindad de: - Actas de vivienda de oficiales casados - Acta de vivienda suboficiales casados - Acta de vecinadad Mokana - Acta de vecindad Dragon 2 - Acta de vecindad de sala de pilotos	Para poder intervenir cada uno de los frentes se debe radicar primero este acta.
• Programa de gerencia de proyectos	NO		
• Programación (Project y pdf y flujo de caja Excel)	NO		

Tabla 8: Relación documentación entregada por el contratista

8.1 Cumplimiento obligaciones ejecución física de obra

Según el plazo de ejecución física del contrato debía ser iniciado A partir del día siguiente al plazo de ejecución de los trámites administrativos—16 de Julio 2026.

La empresa Consorcio WRI 1 en calidad de contratista incumplió con la Clausula 3- denominada ejecución física de la obra, debido a que inicio labores el día 27 de Julio de 2026 como se muestra en relación en la siguiente tabla.

REPORTE PERSONAL EN OBRA EN EL MES DE JULIO 2026		
16 DE JULIO 2026		
CARGO	CANTIDAD	Observaciones
DIRECTOR DE OBRA	0	El día 16 de Julio el contratista debía iniciar actividades de ejecución de obra, no se presentó personal administrativo, y operarios o auxiliares de obra.
AUXILIARES DE OBRA	0	
MAESTROS DE OBRA	0	
AUXILIAR SST	0	
RESIDENTE DE OBRA	0	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**0**	
17 DE JULIO 2026		
DIRECTOR DE OBRA	0	El día 17 de Julio de 2026 no se presento personal administrativo profesionales y operarios o auxiliares de obra.
AUXILIARES DE OBRA	0	
MAESTROS DE OBRA	0	
AUXILIAR SST	0	
RESIDENTE DE OBRA	0	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**0**	
18 DE JULIO 2026		
DIRECTOR DE OBRA	0	El día 18 de Julio de 2026 no se presento personal administrativo profesionales y operarios o auxiliares de obra.
AUXILIARES DE OBRA	0	
MAESTROS DE OBRA	0	
AUXILIAR SST	0	
RESIDENTE DE OBRA	0	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**0**	
21 DE JULIO 2026		

DIRECTOR DE OBRA	0	El día 21 de Julio de 2026 no se presentó personal administrativo profesionales y operarios o auxiliares de obra.
AUXILIARES DE OBRA	0	
MAESTROS DE OBRA	0	
AUXILIAR SST	0	
RESIDENTE DE OBRA	0	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**0**	
22 DE JULIO 2026		
DIRECTOR DE OBRA	0	El día 22 de Julio de 2026 no se presentó personal administrativo profesionales y operarios o auxiliares de obra.
AUXILIARES DE OBRA	0	
MAESTROS DE OBRA	0	
AUXILIAR SST	0	
RESIDENTE DE OBRA	0	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**0**	
23 DE JULIO 2026		
DIRECTOR DE OBRA	0	El día 23 de Julio de 2026 no se presento personal administrativo profesionales y operarios o auxiliares de obra.
AUXILIARES DE OBRA	0	
MAESTROS DE OBRA	0	
AUXILIAR SST	0	
RESIDENTE DE OBRA	0	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**0**	
24 DE JULIO 2026		
DIRECTOR DE OBRA	0	El día 24 de Julio de 2026 no se presentó personal administrativo profesionales y operarios o auxiliares de obra.
AUXILIARES DE OBRA	0	
MAESTROS DE OBRA	0	
AUXILIAR SST	0	
RESIDENTE DE OBRA	0	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**0**	
25 DE JULIO 2026		
DIRECTOR DE OBRA	0	El día 25 de Julio de 2026 no se presentó personal administrativo profesionales y operarios o auxiliares de obra.
AUXILIARES DE OBRA	0	
MAESTROS DE OBRA	0	
AUXILIAR SST	0	
RESIDENTE DE OBRA	0	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**0**	
27 DE JULIO 2026		
DIRECTOR DE OBRA	0	El día 27 de Julio de 2026 iniciaron

AUXILIARES DE OBRA	4	actividades de desmonte en la casa 25 de oficiales y 9 de suboficiales. El director de obra no se presentó, cabe resaltar que él debe permanecer en obra debido a que tiene una dedicación del 100 % Se presentó 1 residente de obra y una residente sisoma.
MAESTROS DE OBRA	2	
RESIDENTE SISOMA	1	
RESIDENTE DE OBRA	1	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**8**	
28 DE JULIO 2026		
DIRECTOR DE OBRA	0	El día 28 de Julio de 2026 actividades se encontraban en desmonte en la casa 25 de oficiales y 9 de suboficiales. El director de obra no se presentó, cabe resaltar que él debe permanecer en obra debido a que tiene una dedicación del 100 % Se presentó 1 residente de obra y 1 residente sisoma.
AUXILIARES DE OBRA	4	
MAESTROS DE OBRA	2	
RESIDENTE SISOMA	1	
RESIDENTE DE OBRA	1	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**8**	
29 DE JULIO 2026		
DIRECTOR DE OBRA	0	El día 29 de Julio de 2026 actividades se encontraban en desmonte en la casa 25 de oficiales y 9 de suboficiales. El director de obra no se presentó, cabe resaltar que él debe permanecer en obra debido a que tiene una dedicación del 100 % Se presentó 1 residente de obra y 1 residente sisoma.
AUXILIARES DE OBRA	4	
MAESTROS DE OBRA	1	
RESIDENTE SISOMA	1	
RESIDENTE DE OBRA	1	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**7**	
30 DE JULIO 2026		
DIRECTOR DE OBRA	1	El día 30 de Julio de 2026 estaban en actividades de desmonte en la casa 25 de oficiales y 9 de suboficiales.
AUXILIARES DE OBRA	4	
MAESTROS DE OBRA	1	
RESIDENTE SISOMA	1	

RESIDENTE DE OBRA	2	El director de obra se presenta y asiste a reunión de seguimiento con interventoría y la entidad contratante FAC Se presentó 1 residente de obra Y 2 residente sisoma.
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**8**	
31 DE JULIO 2026		
DIRECTOR DE OBRA	0	El día 31 de Julio de 2026 se encontraban en desmonte en la casa 25 de oficiales y 9 de suboficiales. Se iniciaron labores de desmonte en Dragon 2. El director de obra no se presentó, cabe resaltar que él debe permanecer en obra debido a que tiene una dedicación del 100 % Se presentó 1 residente de obra y 1 residente sisoma.
AUXILIARES DE OBRA	6	
MAESTROS DE OBRA	1	
RESIDENTE SISOMA	1	
RESIDENTE DE OBRA	1	
TOTAL PERSONAL EN OBRA CONTRATISTA	**9**	

Tabla 9: Relación cumplimiento obligaciones contractuales de inicio de obra física

KONKON S.A.S.
NIT: 901.839.938 - 3

9. FUNCIONES DE LA INTERVENTORÍA

La empresa Konstruciones y Konsultorias – Konkon S.A.S mediante el contrato de interventoría 005-00-F-CACOM-3-GRUAL-2026. Con la FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA - COMANDO AÉREO DE COMBATE No 3 con el objeto LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ECONÓMICA, JURÍDICA, FINANCIERA, ADMINISTRATIVA Y CONTABLE PARA EL "MANTENIMIENTO INSTALACIONES CACOM-3 Y SUS ZONAS DESCONCENTRADAS". bajo las disposiciones contractuales establecidas, se instaura que La empresa Konstruciones y Konsultorias – Konkon S.A.S ejecuta las funciones y actividades técnicas, administrativas, financieras, jurídicas y ambientales especificadas en el clausulado de interventoría.

9.1 Componente inspección técnica

Una vez expedida la resolución de adjudicación del Contrato de Interventoría por parte de la Fuerza Aeroespacial Colombiana (FAC), y suscritos el contrato y el acta de inicio, La empresa Konstruciones y Konsultorias – Konkon S.A.S en calidad de Interventoría, dio inicio al desarrollo de las actividades contractuales conforme a las obligaciones y condiciones establecidas en el clausulado contractual.

Este proceso refleja el conocimiento y la apropiación de los estudios previos, los pliegos de condiciones, la propuesta presentada por el contratista y, de manera particular, del alcance y objeto del contrato de interventoría, elementos que constituyen la base para el adecuado ejercicio de las funciones de seguimiento, control y vigilancia durante la ejecución del proyecto.

KONKON S.A.S.
NIT: 901.839.938 - 3

10.COMITES DE OBRA

Se han realizado dos comités de obra el 14 de Julio y el 30 de julio del 2026 como resultado tenemos las siguientes actas:

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEGED-FR-003
	FORMATO ACTA GENERAL	Versión N°:	1
		Vigencia:	03-03-2025

Acta Consecutivo No.	1	**Lugar y Fecha**	14 de Julio 2026
Asunto	Presentación de equipo de interventoría con supervisor de contrato		
Oficina Productora	Oficina del MAYOR LUIS ARIEL CARO COBOS		
Hora Inicio	8:30 am	**Hora Finalización**	10: 00 am
Ausentes	Carlos Alberto Angarita Jaime- Auxiliar de ingeniería		

Orden del día: Presentación de equipo de interventoría con supervisor de contrato

Desarrollo:

1. Durante la reunión se trataron los siguientes temas:

   a) El supervisor de contrato e interventoría indicó que toda la comunicación oficial y el intercambio de información relacionada con el contrato deberán realizarse mediante correo electrónico corporativo.
   b) El supervisor de contrato e interventoría informó que se realizaran comités semanales, con el fin de efectuar seguimiento a avance de las actividades, revisar compromisos y atender las novedades que se presenten durante la ejecución del contrato.
   c) El supervisor de contrato e interventoría socializó con los asistentes el alcance del proyecto, indicando el número de edificaciones que serán objeto de intervención mediante actividades de mantenimiento.

2. Reglas establecidas:

   a) El supervisor hizo énfasis en que las actividades deberán ejecutarse dentro del plazo contractual establecido, enfatizando que no se podrá exceder el cronograma de ejecución de la obra.
   b) El supervisor indicó que los formatos establecidos para el proyecto no podrán ser modificados, sino únicamente complementados con la información correspondiente.
   c) El supervisor indicó que las muestras de los materiales a utilizar deberán ser presentadas para su revisión y aprobación antes de la adquisición e instalación.
   d) El supervisor indicó que las áreas donde se estén ejecutando actividades de obra deberán mantenerse en condiciones de orden y aseo durante toda la ejecución de los trabajos.

3. Actividad posterior a la reunión:

   Una vez finalizada la reunión se realizó un recorrido de reconocimiento por las instalaciones Como parte de la jornada por parte del supervisor de contrato e interventoría liderado por equipo del supervisor de contrato con el fin de identificar las áreas de intervención.

Actividades a Realizar

Actividad	Responsable	Fecha Entrega
Asignación de un espacio de trabajo para el equipo de interventoría	Supervisor	23 de julio 2026
Gestión de lugar para acopio de residuos generados durante la	Supervisor	--

CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEGED-FR-003
	FORMATO ACTA GENERAL	Versión N°:	1
		Vigencia:	03-03-2025

ejecución de la obra		
Revisar el manual de supervisión de interventoría con el fin de conocer procedimientos y lineamientos aplicables	Interventoría	----
Interventoría se comprometió a realizar el levantamiento de cantidades de obra con el fin de posteriormente realizar balance de cantidades	Interventoría	-------

Convocatoria Próxima Reunión

Tema	Revisión de avances		
Fecha - Hora	23 de julio de 2026 - 08:00 am	**Lugar**	Oficina Mayor Luis Ariel Caro Cobos

FIRMAS,

Autógrafo
NELSON ALDANA CASTRO

Residente de interventoría

Autógrafo
Mayor Luis Caro Cobos
Supervisor de contrato e interventoría

GRADO-NOMBRES Y APELLIDOS O ANEXAR FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA
Firma Asistentes a la Reunión

SE ANEXA FORMATO CON FIRMAS

CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEGED-FR-003
	FORMATO ACTA GENERAL	Versión Nº:	1
		Vigencia:	03-03-2025

FIRMAS

Grado o cargo	Nombres y apellidos	Entidad	Firma
Residente SST Interventoria.	Linda Cecilia Gimenez Marquez	Konkon	
Auxiliar de interventoria	Grissel Carolina Pimienta Medina	Konkon SAS	Grissel Pimienta
Resid de inter	Nelson Alban	Konkon	

CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEGED-FR-003
	FORMATO ACTA GENERAL	Versión N°:	1
		Vigencia:	03-03-2025

Acta Consecutivo No.	004	**Lugar y Fecha**	Base CACOM 3 Malambo- 30 de Julio 2026
Asunto	Reunión se seguimiento de avance de obra		
Oficina Productora	Oficina del Mayor Luis Ariel Caro Cobos		
Hora Inicio	9:00 am	**Hora Finalización**	10: 30 am
Ausentes			
Orden del día:			
Desarrollo:			

La empresa KONKON en calidad de interventoría solicitó citación a esta reunión por la preocupación de los incumplimientos con las obligaciones contractuales y avance de obra por parte del contratista.

La empresa KONKON en calidad de interventoría solicita al contratista Consorcio WRI 1 que al momento de radicar la documentación lo haga de acuerdo con las obligaciones sst para facilitar el ingreso al personal a cada uno de los frentes.

La empresa KONKON en calidad de interventoría y el señor Mayor Luis Ariel Caro Cobos supervisor de contrato, solicita la radicación urgente de las hojas de vida del personal profesional faltante para el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

El señor Mayor Luis Ariel Caro Cobos supervisor de contrato, solicita el radicado de carácter urgente de los estudios de seguridad de todo el personal a ingresar a obra, debido a que esto es un requisito indispensable y obligatorio de la FAC para poder proteger la seguridad de sus instalaciones militares y la información reservada.

El señor Mayor Luis Ariel Caro Cobos supervisor de contrato solicitó a Consorcio WRI 1 en calidad de contratista la entrega urgente de la programación o cronograma de obra y plan de contingencia. hizo énfasis que el cronograma de obra constituye un documento de carácter obligatorio e indispensable para la adecuada planificación y control de la ejecución contractual, su no presentación a la fecha representa un incumplimiento de relevancia, toda vez que impide la programación de actividades, el seguimiento al avance físico del proyecto y la gestión oportuna de los recursos requeridos por la entidad, incluyendo la elaboración y tramite del PAC.

El señor Mayor Luis Ariel Caro Cobos supervisor de contrato enfatizo en que el director de obra del contratista Consorcio WRI 1 no está cumpliendo con las obligaciones contractuales debido a que a la fecha de esta reunión se ha presentado 2 veces. Cabe indicar que el directo de obra tiene el 100 % de dedicación en la obra.

El señor Mayor Luis Ariel Caro Cobos supervisor de contrato llamo la atención a Consorcio WRI 1 en calidad de contratista porque no se tuvo en cuenta las prioridades especificadas por el para el inicio de las actividades de obra en los frentes de trabajo. Los frentes con prioridades son:

- Dragon 2
- Auditorio Awatawaa
- Sala de pilotos
- Mokana

Cabe indicar que a la fecha el personal del contratista Consorcio WRI 1 se encuentran interviniendo: Casa de oficiales y suboficiales.

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEGED-FR-003
	FORMATO ACTA GENERAL	Versión N°:	1
		Vigencia:	03-03-2025

Actividades Por Realizar		
Actividad	**Responsable**	**Fecha Entrega**
Compromiso a enviar documentación del personal a laborar (seguridad social y demás requisitos)	Contratista	31 Julio 2026
Todo el personal para laborar debe haber radicado los estudios de seguridad personal.	Contratista	31 Julio 2026
Enviar hojas de vida de personal profesional a presentar para su revisión y aprobación.	Contratista	31 Julio 2026
Enviar programación de obra y plan de contingencia (por cada frente de trabajo)	Contratista	31 Julio 2026
Asignación de oficina a interventoría por parte del Mayor Luis Ariel Caro Cobos	Supervisor de contrato	Compromiso cumplido el 23 de Julio 2026

Convocatoria Próxima Reunión			
Tema	Seguimiento a cumplimiento de las obligaciones contractuales con los representantes legales y supervisor de contrato		
Fecha - Hora	4 AGOSTO 2026 – 14: 30 horas	**Lugar**	Oficina del Mayor Luis Ariel Caro Cobos

KONKON S.A.S.
NIT: 901.839.938 - 3

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEGED-FR-003
FORMATO ACTA GENERAL	Versión Nº:	1
	Vigencia:	03-03-2025

FIRMAS,

Autógrafo
Mayor Luis Ariel Caro Cobos
Supervisor de contrato

Autógrafo
Nelson Aldana Castro
Residente de interventoria

GRADO NOMBRES Y APELLIDOS O ANEXAR FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

SE ANEXA LISTA DE ASISTENCIA

CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEGED-FR-003
FORMATO ACTA GENERAL	Versión N°:	1
	Vigencia:	03-03-2025

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEGED-FR-003
FORMATO ACTA GENERAL	Versión N°:	1
	Vigencia:	03-03-2025

FIRMAS

Grado o cargo	Nombres y apellidos	Entidad	Firma
Director de Interventoria	SAMUEL PORRAS	Konkon SAS	
Residente Interventor.	Nelson Aldana	Konkon Sas	
Residente SST Interventoria.	Linda Gutierrez	Konkon SAS	
DIRECTOR OBRA	ABNER PEREZ	Contratista Obra	
Residente de Obra	José Lamadrid Coronel	Contratista Obra	
Auxiliar de obra(SST)	Jadys Bonfante	Contratista obra	
Auxiliar de interventoria	Grissel Monsalve	Konkon Sas	Grissel Monsalve

Página 3 de 3

CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)

11. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO

Durante el mes de Julio del 2026, el proyecto mantuvo su desarrollo técnico bastante bajo y sin la presentación de una programación por parte del contratista que permitiera medir realmente el avance, concentrando esfuerzos en la fase de desmontes de cielo raso, instalaciones eléctricas e hidrosanitarias, carpintería y labores de demolición selectiva en las áreas de intervención. Las actividades se ejecutaron en los frentes asignados, bajo seguimiento permanente de la interventoría, supervisión.

11.1 FRENTE CASA SUBOFICIALES NO. 9

En este frente se realizaron las siguientes actividades:

- Localización y replanteo.
- Demolición enchapes existentes.
- Desmonte cielo raso.
- Desmonte puertas y ventanas.
- Desmonte eléctrico.
- Escarificado de pintura en paredes.
- Aseo y acopio de material sobrante.

11.2 FRENTE CASA OFICIALES NO. 25

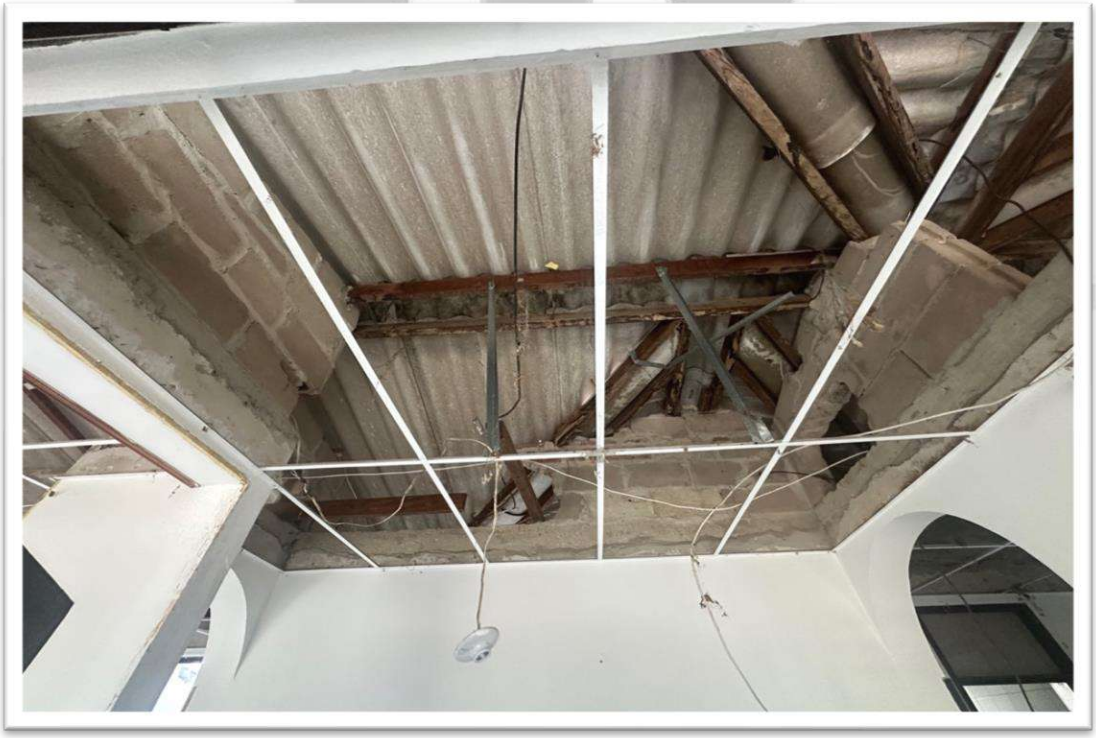
- En este frente se realizaron las siguientes actividades:
- Localización y replanteo.
- Demolición enchapes existentes.
- Desmonte cielo raso.
- Desmonte puertas y ventanas.
- Desmonte eléctrico.
- Escarificado de pintura en paredes.
- Aseo y acopio de material sobrante.

KONKON S.A.S.
NIT 901.839.938 - 3

12.3 REGISTRO FOTOGRAFICO

CASA OFICIAL NUMERO 25





CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)





CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)





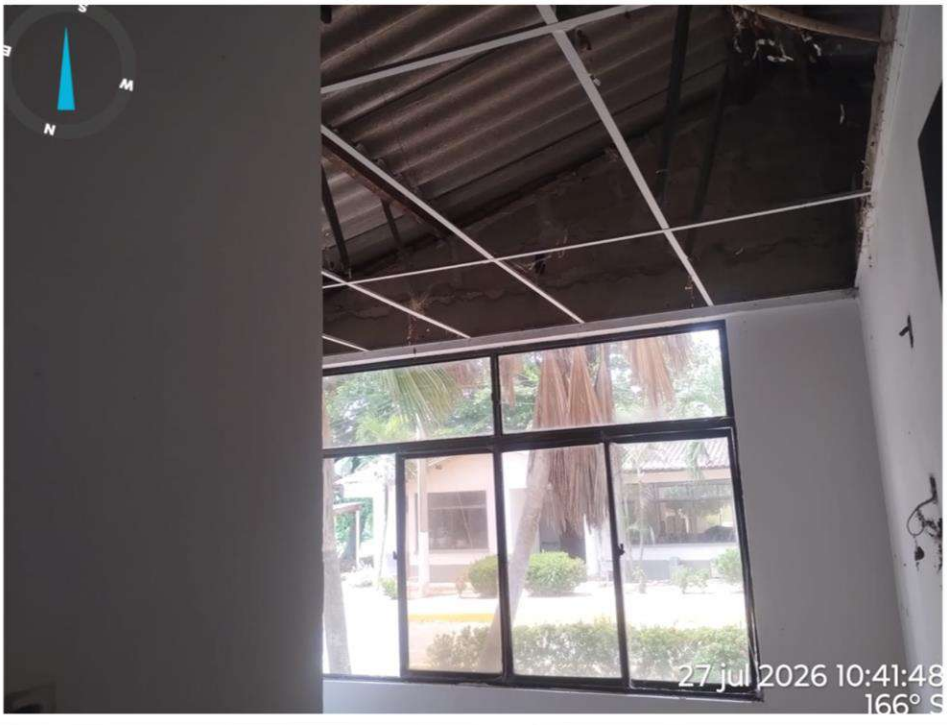
CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)





CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)




27 jul 2026 10:41:48
166° S

CASA SUBOFICIAL NUMERO 09





CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)


31/07/2026, 9:42:54
190° S
Soledad
Atlántico
Colombia
CACOM 3
24.4 m.s.n.m.
Velocidad:1.5km/h
Mapas

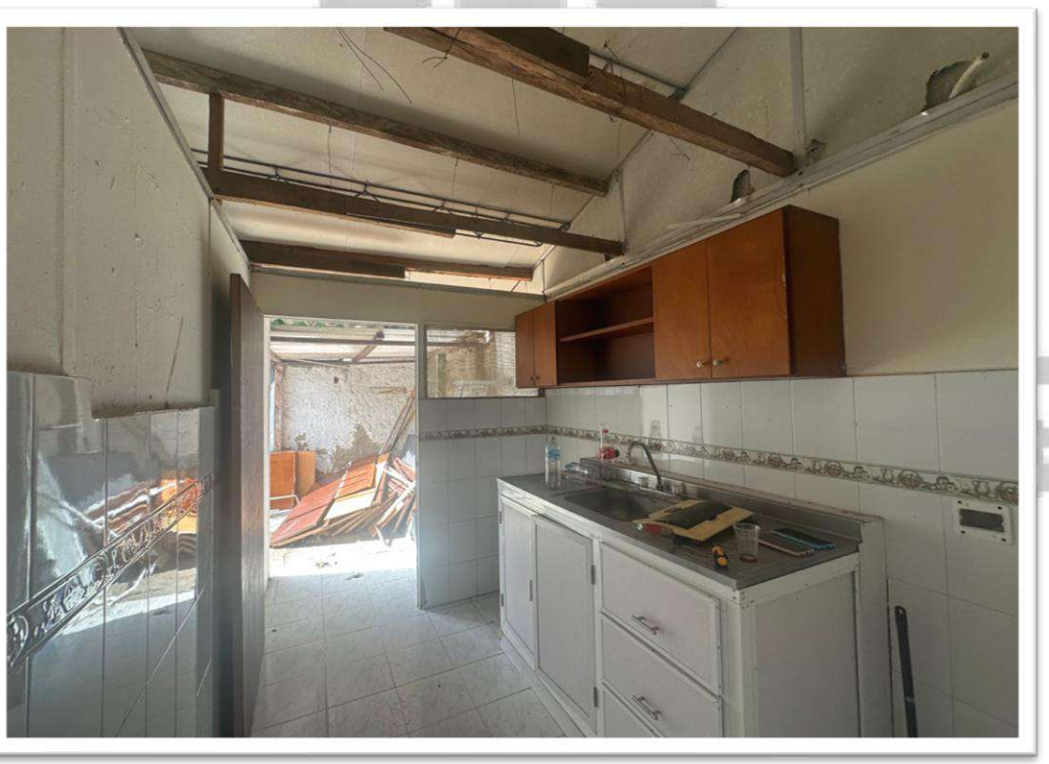

31/07/2026, 9:42:30
108° E
Soledad
Atlántico
Colombia
CACOM 3
22.0 m.s.n.m.
Velocidad:1.2km/h
Mapas





CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)





CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)



13. COMPONENTE TÉCNICO

13.1 COMPONENTE ARQUITECTONICO

Durante el mes de Julio, la Interventoría verificó la continuidad en la ejecución de los trabajos correspondientes a la fase de preliminares, consolidando el avance en los frentes principales de alojamiento, áreas administrativas y edificaciones de apoyo.

La Interventoría realizó seguimiento constante a la calidad de los desmontes y demoliciones y al cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas en los planos aprobados, especialmente en lo referente a los preliminares.

Entre los aspectos más relevantes observados se destacan:

-Correcta ejecución de las demoliciones con los respectivos elementos de protección.

En términos generales, la ejecución arquitectónica a un no se inicia, avance arquitectónico sostenido y coordinado entre los diferentes frentes, con

resultados favorables en la calidad y presentación de los espacios intervenidos.

13 .2 COMPONENTE HIDROSANITARIO

Durante el mes de Julio, la Interventoría realizó seguimiento técnico a las actividades relacionadas con el desmonte y verificación de los sistemas hidrosanitarios en los diferentes frentes del proyecto.

Entre las principales actividades verificadas se destacan:

Desmonte de aparatos y puntos hidrosanitarios.

La Interventoría recomendó mantener la trazabilidad fotográfica de las instalaciones antes del recubrimiento final, con el fin de documentar la ubicación exacta de las líneas y garantizar una adecuada operación posterior.

13..3 COMPONENTE ELÉCTRICO

En el componente eléctrico se realizaron actividades de desmonte de las redes y puntos de energía en los distintos frentes de trabajo interior.

13.4 COMPONENTE FINANCIERO DEL CONTRATISTA

El contrato de obra “" INTERVENTORIA MANTENIMIENTO RECUPERATIVO DE BIENES INMUEBLES DEL CACOM3 Y GACAR” cuenta con un valor inicial de $ 3.892.837.718,17 (tres mil ochocientos noventa y dos millones ochocientos treinta y siete mil setecientos diez y ocho pesos y diez y siete centavos m/cte

13.5 Avances de Obra contratista

Para el pago correspondiente al mes de **Julio de 2026**, no se ha realizado ningún acta de cobro.

13.4 Componente Financiero Interventoría

El contrato de interventoría tiene un valor inicial de $551.281.374,00 (QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS, establecido en el Acta de Inicio con fecha del 01 de julio de 2026.

Componente Financiero Interventoría	
CONTRATISTA	Konstrucciones y Konsultorias - KONKON SAS
No CONTRATO	CONTRATO DE INTERVENTORÍA N°005-00-F-CACOM3-GRUAL-2026
VALOR INICIAL	$551.281.374,00
VALOR TOTAL	$551.281.374,00

Tabla 6. Componente Financiero Interventoría

14. Componente SG-SST – SISOMA

14.1 Estado de implementación del SG-SST

Durante el periodo comprendido entre el 1 de julio al 26 de julio de 2026, no se ejecutaron actividades relacionadas con la implementación del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST), debido a que el Consorcio WRI1 aun no contaba con personal autorizado para ingreso a obra. Lo anterior obedeció a que el consorcio se encontrándose en proceso de entrega, revisión y aprobación de la documentación mínima requerida para el inicio de la ejecución del contrato.

Durante este periodo la interventoría realizo seguimiento permanente al proceso de recepción, revisión y verificación de la documentación presentada por el Consorcio WRI1 Con el propósito de dar cumplimiento de los requisitos establecidos para el ingreso del personal a la obra.

14.2 Seguimiento de la Interventoría a la documentación SST

Como resultado de este proceso, la interventoría recibió diecisiete (17) estudios de seguridad, junto con soportes de afiliaciones al sistema general de seguridad social, exámenes médicos ocupacionales y demás documentos requeridos para el ingreso del personal. Como producto de la verificación documental, se autorizaron siete (7) ingresos, mientras que los demás permanecieron pendiente debido a la presentación incompleta de la documentación exigida.
Una vez culminado el proceso de revisión y aprobación de la documentación correspondiente el Consorcio WRI1 dio inicio a las actividades el día 27 de julio de 2026 con el ingreso del personal autorizado a los diferentes frentes de trabajo.

14.3 Seguimiento al cumplimiento de las condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo

Con el inicio de las actividades, la interventoría realizo seguimiento al cumplimiento de los lineamientos establecidos en el sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), verificando que el personal contara con la inducción de ingreso y conociera los procedimientos de trabajo seguros aplicables a las actividades desarrolladas

Se verifico el uso permanente y adecuado de los elementos de protección personal

(EPP) de acuerdo con los riesgos asociados a cada labor, así como el cumplimiento de medidas de prevención y control definidos por el Consorcio WRI1.

14.4 Inspecciones de seguridad en obra

De igual manera la interventoría efectuó, inspecciones de campo para verificar las condiciones de seguridad, identificar peligros, evaluación y valoración de los riesgos presentes en los frentes de trabajo y realizar las observaciones correspondientes para fortalecer la implementación de los controles preventivos.

14.5 Actividades de capacitación, promoción y prevención

Como partes de las actividades de promociones y prevención, el Consorcio WRI1 desarrollo inducción en Seguridad y Salud en el trabajo para todo el personal vinculados al proyecto y realizo charlas diarias de 5 minutos, abordando temas relacionados

1. Uso adecuado de los elementos de protección personal
2. Identificación de peligros y valoración de los riesgos
3. Cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo
4. Pausas activas
5. Puntualidad y responsabilidad en el desarrollo de las actividades.
6. Manejo del estrés laboral.

14.6 Incidentes en obra

Durante el periodo comprendido desde que se firmó el acta de inicio el 1 de julio de 2026 hasta el 31 de Julio de 2026 no se han reportado accidentes laborales.

14.2 Medio ambiente y Gestión de residuos

Durante el período comprendido entre la suscripción del Acta de Inicio, el 1 de julio de 2026, y el 31 de julio de 2026, el contratista no realizó la entrega del Plan de Manejo Ambiental (PMA). Es importante resaltar que este documento constituye un requisito indispensable para que la Interventoría pueda verificar de manera objetiva el cumplimiento de las obligaciones ambientales contractuales y constatar la implementación de las medidas de prevención, mitigación, corrección y control de los impactos ambientales derivados de la ejecución del proyecto.

Sin embargo, a pesar de que el contratista no ha suministrado Plan de Manejo Ambiental (PMA) la interventoría se aseguró que el personal realizara la separación de residuos sólidos en la fuente.

- Durante el período evaluado no se evidenciaron vertimientos de aguas

residuales, sustancias contaminantes ni descargas que pudieran generar afectaciones a cuerpos de agua superficiales o a los sistemas de drenaje existentes en el área de intervención. No obstante, a la fecha de corte del presente informe, el contratista no ha presentado la información correspondiente de gestor autorizado para el transporte y disposición final de los residuos generados durante la ejecución de la obra, situación que se encuentra pendiente de verificación por parte de la Interventoría.

- El contratista e interventoría se encuentran a la espera de que la supervisión de la entidad FAC entregue lugar de acopio de almacenamiento temporal de materiales de demolición y residuos inertes.

14.3 Seguimiento a condiciones de orden y aseo

- La Interventoría recomendó al contratista mantener condiciones permanentes de orden y aseo en todos los frentes de trabajo, garantizando la recolección oportuna de los residuos generados, la adecuada organización de materiales, herramientas y equipos, así como la limpieza de las áreas intervenidas, con el fin de prevenir riesgos para el personal, facilitar el desarrollo de las actividades y minimizar posibles impactos ambientales derivados de la ejecución de la obra.







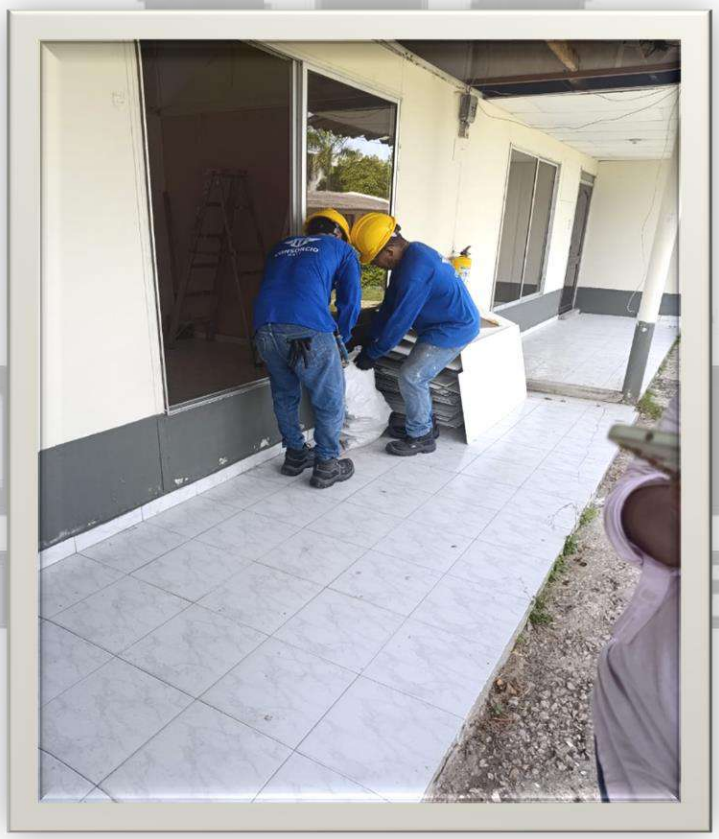
CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)





CELULAR: **3006498071** DIRECCIÓN: **CR 5 25 - 32**
EMAIL: **konkonsas@gmail.com**
VALLEDUPAR (CESAR)





KONKON S.A.S.
NIT: 901.839.938 - 3

Bitacora de Obra

Objeto del Contrato:

Instalaciones. CACOM 3.
Y
Sus zonas desconcentradas.
Lote 1.

Interventoria: Konkon

Contratista: Consorcio WRI 1

2026

Miercoles 1 Julio 2026

El dia de hoy se firma el acta de inicio de obra entre el contratista consorcio WRI 1, la interventoria Konkon SAS y la entidad contratante Por parte del contratista lo hizo el señor Wilver Francipi Ruiz Ladino y por parte de la interventoria lo representante legal Vanessa de Jesus Acosta Zabaleta. A partir de la fecha tiene Quince dias calendario para hacer entrega de la siguiente documentación a la interventoria para sea aprobado por ellos

- Programa de salud ocupacional
- Plan de manejo ambiental
- Organigrama
- ABU
- AIU
- Especificaciones tecnicas firmada
- Soporte de escombrera
- Constancia de pago de aporte de Seguros
- Actas de vecindad
- Programa de garantia
- Programacion
- Hojas de vida del grupo tecnico
- Planilla de seguridad

La obra deberia iniciarse un dia habil despues de estos quince dias es decir el 17 de Julio del 2026

Ing Samuel Ramirez
Director Interventoria.

Viernes 17 de Julio del 2026

Horario = 7:30 am a 4:00 pm
Personal en obra. 1 ing residente interventor
2 auxiliares de interventor
1 sisa interventoria
materiales en obra: No hay
Equipo en obra: No hay
Estado tiempo = Soleado
El equipo de interventoria sube documentos al contratista previo al inicio de obra

Ing Nelson Aldana
Ing. residente interventor

Ing Luis Saavedra C.
Residente de Obra

Sabado 18 de Julio del 2026

Horario laboral: 08:00 a 12:00
Estado tiempo: Soleado
Personal en obra: 1 ing residente interventor
2 auxiliares interventor
1 sisa interventor
materials en obra: no hay
Equipo en obra = no hay
El equipo de interventoria realiza manejo documental

Ing Nelson Aldana
Residente interv.

Ing Luis Saavedra C.
Residente de Obra

Domingo 19 de Julio del 2026

Dia no laboral

Lunes 20 de Julio del 2026

Dia Festivo.

Martes 21 de Julio del 2026

Horario laboral: 7:30 a 4:00 pm
Estado tiempo: Soleado
Personal en obra: 1 residente interventoria
2 Auxiliares de interventoria
1 Siso Interventoria
materiales en obra: no han llegado
Equipo en obra: Andamios
Aun no hace presencia el personal contratista de obra

Ing Nelson Aldana
Residente interventoria

Ing. Juan Sanchez C.
Residente de Obra.

Miercoles 22 de Julio del 2026

Horario laboral: 7:30 a 4:00 pm
Estado tiempo: Soleado
Personal en obra: 1 residente de interventoria
2 auxiliares de interventoria
1 Siso de interventoria
materiales de obra: Aun no llegan
Equipo en obra: Andamios.

el contratista ha realizado gran parte de la documentacion previa al inicio de obra.
La interventoria realiza medicion de frentes de trabajo.

Ing Nelson Aldana
Residente obra

Ing Luis Saumeth C.
Residente de Obra

Jueves 23 Julio del 2026

Horario de Trabajo: 07:30 am a 4:00 pm.
Estado tiempo = Soleado
Personal en obra: 1 residente obra interventoria
2 auxiliares interventoria
1 SISO interventoria
materiales obra: aun no han llegado
Equipo en obra: Andamios certificados
A la fecha no hace presencia personal operativo para la obra, la interventoria continua con la medicion de los frentes

Ing Nelson Aldana
Residente interventoria

Ing. Luis Saumeth C.
Residente de Obra

Viernes 24 de Julio del 2026

Horario de trabajo: 07:30 a 4:00 pm.
Estado tiempo: Soleado
Personal en obra: 1 residente interventoria
2 auxiliares interventoria
1 SISO de interventoria

Por parte de la interventoria continuan las medidas de los frentes de obra.

Ing Nelson Aldana
Residente interventoria

Ing. Luis Sameth C.
Residente de Obra

Sabado 25 de Julio del 2026

Horario de trabajo: 07:00 al 12:00
Estado tiempo: Soleado
Personal en obra: 1 residente interventoria
2 Auxiliares, 1 SISO
materiales obra: Aun no llegan
Equipo en obra: Andamios certificados, planta electrica
Continuan mediciones en obra

Ing. Nelson Aldana
Residente interventoria

Ing. Luis Sameth C.
Residente Obra

Domingo 26 de Julio de 2026

Dia no laboral.

Lunes 27 Julio del 2026

Horario de trabajo: 07:00 a 16.00
Estado tiempo: Soleado
Personal en obra: 1 residente interventoria
2 auxiliares de interventoria
1. SISO interventoria

1 residente obra, 1 auxiliar SST, 2 oficiales
4 Ayudantes

El dia de hoy hace presencia el contratista de obra, iniciando labores en la casa # 9 de Suboficiales y la casa # 25 de Suboficiales

Ing Nelson Alzate
Residente interventoria

Ing. Luis Saavedra C.
Residente de Obra

Martes 28 Julio del 2026

Horario de trabajo: 07:00 a 16:00
Estado tiempo: Soleado
Personal en obra: Ing. residente interventoria
2 auxiliares de interventoria
1 Jefe interventoria, 1 residente obra,
1 Auxiliar SST., 2 oficiales, 4 ayudantes
Materiales en obra: aun no llegan
Equipo en obra; Andamios certificados,
planta electrica, Herramienta menor.
Continuan los demoliciones y demoliciones en casa 9 de Suboficiales y 25 de oficiales de puertas, ventanas y enchapes se hace llamado por parte de la interventoria Aseo y orden en todos frentes

Ing Nelson Alzate
Residente interventoria

Ing. Luis Saavedra C
Residente de Obra

Miercoles 29 de Julio de 2026.

Horario de Trabajo: 07:00 a 16:00
Estado Tiempo: Soleado
Personal en obra: 1 residente interventoria
2 auxiliares de interventoria
1 SISO interventoria
1 residente (interventoria) obra, 1 auxiliar SST
2 oficiales y 4 Ayudantes
materiales en obra: Aun no llegan
Equipo en obra: Andamios certificados, planta
herramienta menor.
Continuan los demoliciones en la casa 4
de sabaneta y 2 de oficios.

Ing Nelson Aldana
Residente Interventoria.

Ing. Luis Sanchez C
Residente de Obra

Jueves 30 de Julio de 2026

Horario de Trabajo: 07:00 a 16:
Estado Tiempo: Soleado
Personal en obra: 1 Director interventoria
1 Residente de interventoria.
2 auxiliares de interventoria, 1 SISO
1 director obra, 1 residente obra, 1 SISO
1 Aux. SST, 1 oficial, 4 Ayudantes
materiales en obra: Aun no llegan estan
en actividades de demolicion.
Equipo en obra: Andamios certificados
planta electrica, Herramienta
menor

Continuar labores de desmonte y demoliciones en los casos 9 de Subofical y 25 oficial.
La interventoria solicita aumento en mano de obra, Se realiza Comité de seguimiento.

Ing Nelson Alban
Residente Interventoria

Ing Luis Saavedra C.
Residente de Obra

Viernes 31 de Julio 2026

Horario de trabajo: 07:00 a 16:00
Estado tiempo: Soleado
Personal de obra: 1 Residente de interventoria
2 Auxiliares de interventoria
1 Auxiliar SISO, 1 residente obra, 1 auxiliar SST, 1 oficial, 6 Ayudantes
Materiales en obra: Aun no llega
Equipo en obra: Andamios certificados, Planta electrica, herramienta menor.
Continuan demoliciones y desmontes en casa 9 de Suboficiales y 25 de oficiales.
Ademas se inicia las demoliciones y desmontes en el frente Dragun 2
En 2dor se inician los preliminares

Ing Nelson Alban
Residente Interventoria

Ing. Luis Saavedra C.
Residente de Obra

Sabado 1 de Agosto de 2026

Horario de trabajo: 07:00 a 12:00
Estado tiempo: Soleado
Personal en obra: 1 residente interventoria
2 auxiliares de interventoria
1 SISO interventoria, 1 residente de obra
1 Auxiliar SST, 1 Ofical, 6 Ayudantes
continuan las actividades del dia anterior
Equipo en obra: Andamio certificado
Planta electrica Herramientas menores

Ing. Nelson Atehua
Residente Interventoria

Ing. Juan Sarmiento C.
Residente de Obra

Domingo 2 de Agosto de 2026

Dia no laboral

Lunes 3 de Agosto de 2026

Horario de trabajo: 7:00 a 16:00
Estado tiempo: Soleado
Personal en obra: 1 residente interventoria
2 Auxiliares de Interventoria
Integrantes, 1 SISO de interventoria
1 director de obra, 1 residente obra, 1
residente SST, 1 auxiliar SST y Ofical
1 maestro de obra

ARL | sura

Medellín, 17 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 KONTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000102 CACOM3 MALAMBO			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1045722756	GUTIERREZ MARQUEZ LINDA CECILIA	18/07/2026		19213391	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/07/2026 20:19:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.54.179, 192.230.104.15, 172.16.42.57

30369490

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva EPS

No.Radicación: 506357

22 07 2026

KONTRUCCIONES Y KONSULTORIAS SAS		901839938	
DIAGONAL 3	konkonsas@gmail.com	CESAR	VALLEDUPAR

14 07 2026

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, LINDA CECILIA GUTIERREZ MARQUEZ identificado (a) con CC número 1045722756 de BARRANQUILLA, 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?	SI☐ NO☐
2	¿Previo el 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?	SI☐ NO☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI☐ NO☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI☐ NO☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI☐ NO☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3152749595
y/o correo electrónico: sst.lg1204@gmail.com
SI☐ NO☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI☐ 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☐ NO☐

Declaración juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente, Linda Gutierrez

Firma: _____
Tipo ID: CC No. ID: 1045722756
Fecha de Solicitud: 22/07/2026
Dirección: CL 127 23A 54
Tel: 3152749595 Municipio: MALAMBO
Departamento: ATLANTICO
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 ejecución 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, relacionado 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 lo 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	SI / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI / NO
	SURA	PORVENIR	1750905				

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Secundario ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐ | Preescolar ☐ Básica Primaria ☐ Básica secundaria o clásica (bachillerato básico) ☐ Media técnica (bachillerato técnico) ☐ Técnico Profesional ☐ Tecnológico ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Último Grado ☐ Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabajo por su Cuenta ☐
Inicio Contrato | Fin Contrato

ESTIMADO 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 GENERARÁ MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 DE 1998 Y ART 32 DE 1993 Y ART 10 DECRETO 1406 DE 1999

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

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
Orlando Orozco Moreno	A757		

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:

LINDA CECILIA GUTIERREZ MARQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.045.722.756**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 24 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.

COMFAMILIAR
Atlántico

BARRANQUILLA, 23 JULIO 2026

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMFAMILIAR ATLÁNTICO

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) GUTIERREZ MARQUEZ LINDA CECILIA, identificado(a) con número de documento 1045722756, se encuentra inscrito(a) con la categoría A en esta Caja de Compensación Familiar desde el 22/07/2026, en el programa con derecho al pago de subsidio familiar, a través de la empresa KONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S, identificada con el NIT 901839938 con fecha de ingreso 14/07/2026 presentando en su grupo familiar a los siguientes beneficiarios:

NOMBRE	PARENTESCO
NAVARRO GUTIERREZ LIAN YESID	HIJO PROPIO
NAVARRO GUTIERREZ MARIANGEL	HIJO PROPIO

Se expide la presente certificacion a solicitud del interesado.

Atentamente,

COMFAMILIAR ATLÁNTICO

Certificado Generado Electrónicamente

Elaborado por: Extranet

MEDICINA LABORAL DE LA COSTA IPS SAS
NIT 900.691.463-4
Dirección: Calle 99 D No. 39 - 100
Teléfonos: 3680023 - 301 3038095 - Email:
medilab@medilabcos.com
Barranquilla - Colombia

CERTIFICADO DE APTITUD NO. 109700

Paciente:	LINDA CECILIA GUTIERREZ MARQUEZ	**Identificación:**	CC. 1045722760
Empresa:	TU SALUD Y SEGURIDAD LABORAL S.A.S	**Sexo:**	F
Empresa en misión:	KONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S	**Edad:**	33 A
Cargo:	RESIDENTE SST DE INTERVENTORIA	**Teléfono:**	3102740000
Act. económica:	ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACIÓN	**Fecha de atención:**	18/07/2020



DETALLE DE LA CONSULTA

Tipo de examen: Pre-ingreso **Realizado en:** BARRANQUILLA

EXAMENES REALIZADOS

OSTEOMUSCULAR, EXAMEN MEDICO, AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA , COLESTEROL TOTAL, GLICEMIA, TRIGLICERIDOS.

RECOMENDACIÓN PARA LA EMPRESA

PROMOVER CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ACORDES AL CARGO DESEMPEÑADO. GARANTIZAR CONDICIONES AMBIENTALES ADECUADAS (ILUMINACIÓN, VENTILACIÓN, TEMPERATURA Y RUIDO). FOMENTAR LA CULTURA DEL AUTOCUIDADO Y LA PREVENCIÓN EN EL ENTORNO LABORAL. FACILITAR LA ROTACIÓN DE TAREAS, CUANDO LA NATURALEZA DEL CARGO LO PERMITA

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. - CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA - PAUSAS ACTIVAS - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - MANEJO DE MECÁNICA CORPORAL E HIGIENE POSTURAL DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO. - BAJAR DE PESO - DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA

RECOMENDACIONES DE AUDIOMETRÍA

HACER PAUSAS AUDITIVAS PARA DARLES PERIODOS DE TRANQUILIDAD Y REPOSO A LOS OÍDOS.

RECOMENDACIONES DE VISIOMETRÍA

DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO - PAUSAS ACTIVAS VISUALES.

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

OBSERVACIONES

PACIENTE CON FUERZA Y TONO MUSCULAR CONSERVADOS, SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.

TRABAJO EN ALTURAS

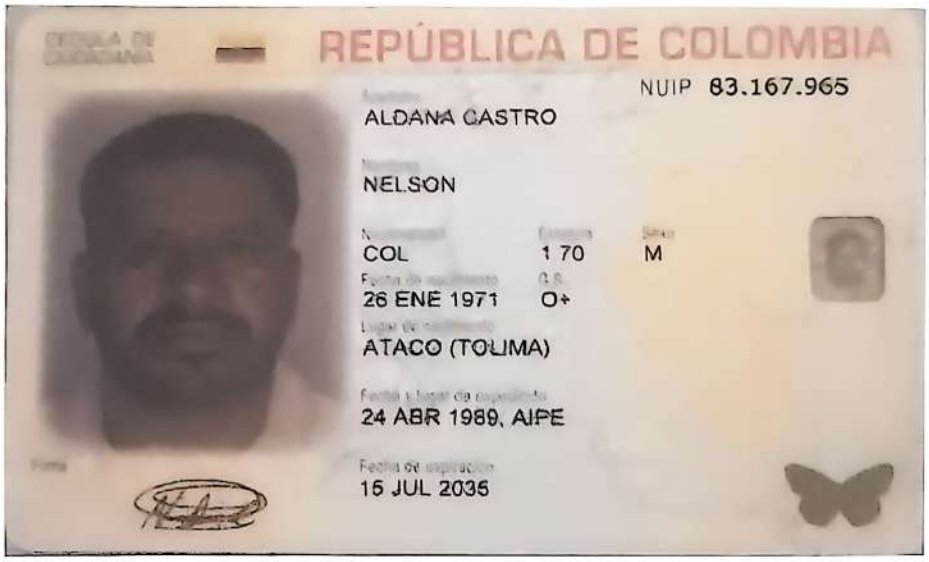
APTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo LINDA CECILIA GUTIERREZ MARQUEZ identificado con CC. 1045722760 Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral De La Costa I.P.S. S.A.S. da a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos pueda ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministro la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
Nombre: KARL ROMERO DE CASTRO
Licencia S.O. R.M. 19914/10/03 Registro No.: S.O. 3422/2020

Firma del paciente LINDA CECILIA GUTIERREZ MARQUEZ
Identificación: CC. 1045722760


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 83.167.965
ALDANA CASTRO
NELSON
COL
1.70
M
26 ENE 1971
O+
ATACO (TOLIMA)
24 ABR 1989, AIPE
15 JUL 2035


.CO
065942495
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL065942495019010<<<<<<<<<<<
7101261M3507153COL83167965<<<2
ALDANA<CASTRO<<NELSON<<<<<<<<<

ARL | sura

Medellín, 18 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 KONTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000102 CACOM3 MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C83167965	ALDANA CASTRO NELSON	19/07/2026		18123720	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/07/2026 16:54:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.54.179, 192.230.104.15, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830 003 564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013021054
9013021054

30844727

Fecha de Radicacion: 31 07 2026

I. DATOS DEL TRAMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de tramite	2. Tipo de Afiliacion	3. Regimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Codigo
A. —— B. —— X	A. —— B. —— X C. —— D. ——	A. —— X B. ——	SI NO	A. —— X C. —— B. Cabeza de familia D. Adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

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

8. Apellidos y nombres				
ALDANA	CASTRO	NELSON		
9. Tipo de identificación	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	83167965	F —— M X	1 NB Otro Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				26 01 1971

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.750.905	

26. Residencia			
	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural
Localidad / Comuna	Zona			

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

27. Apellidos y nombres				
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino Masculino	31. Sexo identificacion Femenino Masculino 1 ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
a				
b				
c				
d				
e				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Numero del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
a							
b							
c							
d							
e							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
a								
b								
c								
d								
e								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (registrado por la EPS)
a									
b									
c									
d									
e									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
f			
g			
h			
i			
j			

53. Nombre de la Institucion Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Código de la IPS
(a registrar por la EPS)

C
D
E
F
G

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

55. Nombre o razon social	56. Tipo de documento de identificacion	57. Número del documento de identificacion	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
KONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS	NT	901839938	

59. Ubicacion			
CRA 5 N 25 32	32055806	BARRANQUILLA	ATLANTICO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1 Modificacion de datos básicos de identificación 2 Corrección de datos básicos de identificación 3 Actualización del documento de identidad
4 Actualizacion y correccion de datos complementarios 5 Terminación de la inscripcion en la EPS Código 6 Reporte de pago a través de un tercero Código
7 Inclusion 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 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 Femenino / Masculino	63. Sexo Identificacion Femenino / Masculino T / NB Otro Cual	64. Fecha de nacimiento 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 14 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		
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 POBLACION ESPECIAL

92. Identificacion de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Codigo del departamento	

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

94. Apellidos y nombres

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
		CARGO: DEPENDIENTE SAT

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.

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALDANA CASTRO NELSON** identificado(a) con **CC** número **83.167.965** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2001 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 MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 24 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:
Abonar 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

COMFAMILIAR
Atlántico

BARRANQUILLA, 24 JULIO 2026

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMFAMILIAR ATLÁNTICO

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) ALDANA CASTRO NELSON, identificado(a) con número de documento 83167965, se encuentra inscrito(a) con la categoría A en esta Caja de Compensación Familiar desde el 23/07/2026, en el programa sin derecho al pago de subsidio familiar, a través de la empresa KONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S, identificada con el NIT 901839938 con fecha de ingreso 14/07/2026 presentando en su grupo familiar a los siguientes beneficiarios:

Se expide la presente certificacion a solicitud del interesado.

Atentamente,

COMFAMILIAR ATLÁNTICO

Certificado Generado Electrónicamente

Elaborado por: Extranet

MEDICINA LABORAL DE LA COSTA IPS SAS
NIT 900.651.463-4
Dirección: Calle 69 D No. 39 - 106
Teléfonos: 3669923 - 301 3038985 - Email:
medilab@medilabsas.com
Barranquilla - Colombia

CERTIFICADO DE APTITUD NO. 186828

Paciente:	NELSON ALDANA CASTRO	**Identificación:**	CC. 83167965
Empresa:	TU SALUD Y SEGURIDAD LABORAL S.A.S.	**Sexo:**	M
Empresa en misión:	KONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S	**Edad:**	55 A
Cargo:	RESIDENTE DE INTERVENTORIA	**Teléfono:**	3105724634
Act. económica:	ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN	**Fecha de atención:**	18/07/2026



DETALLE DE LA CONSULTA

Tipo de examen: Pre-Ingreso **Realizado en:** BARRANQUILLA

EXAMENES REALIZADOS

COLESTEROL TOTAL, GLICEMIA, TRIGLICERIDOS, ENFASIS OSTEOMUSCULAR, EXAMEN MEDICO, AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA .

RECOMENDACIÓN PARA LA EMPRESA

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO- CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR. PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA- INCLUIR EN SVE DE CONSERVACION VISUAL Y AUDITIVA DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA - PAUSAS ACTIVAS - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - MANEJO DE MECÁNICA CORPORAL E HIGIENE POSTURAL DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO. - CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. - BAJAR DE PESO - DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS - EVITAR EXPOSICIONES A RUIDOS MAYORES A 85DB. USO DE DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA EN ÁREAS RUIDOSAS. - HACER PAUSAS AUDITIVAS PARA DARLES PERIODOS DE TRANQUILIDAD Y REPOSO A LOS OÍDOS. - CONTROL NIVELES DE LÍPIDOS - DIETA BAJA EN GRASAS.

RECOMENDACIONES DE AUDIOMETRÍA

USO DE EPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) EN ÁREAS DE TRABAJO CON NIVELES DE RUIDO POR ENCIMA DE 85DB - EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO EXTRALABORAL Y USO DE AUDÍFONOS DE RECREACIÓN USO ALTERNO DEL TELÉFONO - HACER PAUSAS AUDITIVAS PARA DARLES PERIODOS DE TRANQUILIDAD Y REPOSO A LOS OÍDOS. .

RECOMENDACIONES DE VISIOMETRÍA

SEGUIR CONTROLES EN SU EPS POR OPTOMETRIA - DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO - PAUSAS ACTIVAS VISUALES.

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

OBSERVACIONES

PACIENTE CON FUERZA Y TONO MUSCULAR CONSERVADOS, SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo NELSON ALDANA CASTRO identificado con CC. 83167965 Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral De La Costa I.P.S. S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
Nombre: KIRIL PIKIERIS DE CASTRO
Licencia S.O.: R.M. 12914/19/83 Registro No.: S.O. 3422/2020

Firma del paciente NELSON ALDANA CASTRO
Identificación: CC. 83167965

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.112.016

PIMIENTA MEDINA

APELLIDOS

GUISSEL CAROLINA

NOMBRES

Guissel pimienta

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-2001

FUNDACION
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	O+	F
ESTATURA	G S RH	SEXO

17-ABR-2019 FUNDACION

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2103100-01082627-F-1193112016-20190710 0066214158A 1 53301619

ARL | sura

dellín, 17 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 KONTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000102 CACOM3 MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1193112016	PIMIENTA MEDINA GUISSEL CAROLINA	18/07/2026		19323925	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 17/07/2026 21:37:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.169.147.206, 45.223.5.10, 172.16.42.57

Salud Total

Bogotá 22/07/2026

Señor(a)
GUISSEL CAROLINA PIMIENTA MEDINA
C - 1193112016

Referencia certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4017158833
Fecha Radicación: 07/22/2026

Apreciado afiliado

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS S.A., y nuestro agradecimiento por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A. certifica que su solicitud de afiliación y vinculación de la persona se encuentra radicada en Plan de Beneficios del Régimen Contributivo (RC) en la empresa KONSTRUCCIONES Y CONSULTORIAS SAS en el municipio BARRANCABERMEJA con una base de cotización para el DOCE de JULIO

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar declarados en este formulario

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (Antigüedad)	Parentesco	Sexo	Afiliación (Modalidad)
GUISSEL CAROLINA PIMIENTA MEDINA	C	[illegible]	COTIZANTE	F	

Información Afiliación
EPS Anterior Salud Total S.A. EPS
Posible inicio vigencia afiliación [illegible] (Sujeto a validaciones de novedades)

Información Laboral
Dirección Empleador MZ H CA 5 A DEL DEL ROSARIO
Dirección Laboral MZ H CA 5 A DEL DEL ROSARIO
Fondo de Pensiones S
Administradora Riesgos Profesionales SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A
Fecha Ingreso a Laborar(Inicio Vinculación) [illegible]

Es importante que tenga en cuenta que este documento sirve [illegible] de constancia de radicación de afiliación. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió o al (6) [illegible] KELLY JOHANA ORTIZ BOBADILLA Cargo: Asesor, o diríjase a la oficina de SALUD TOTAL EPS S.S.A. más cercana.

[illegible]

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

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:

GUISSEL CAROLINA PIMIENTA MEDINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.112.016**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 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.

COMFAMILIAR
Atlántico

BARRANQUILLA, 23 JULIO 2026

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMFAMILIAR ATLÁNTICO

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) PIMIENTA MEDINA GUISSEL CAROLINA, identificado(a) con número de documento 1193112016, se encuentra inscrito(a) con la categoría A en esta Caja de Compensación Familiar desde el 22/07/2026, en el programa sin derecho al pago de subsidio familiar, a través de la empresa KONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S, identificada con el NIT 901839938 con fecha de ingreso 14/07/2026 presentando en su grupo familiar a los siguientes beneficiarios:

Se expide la presente certificacion a solicitud del interesado.

Atentamente,

COMFAMILIAR ATLÁNTICO

Certificado Generado Electrónicamente

Elaborado por: Extranet

MEDICINA LABORAL DE LA COSTA IPS SAS
NIT 900.651.463-4
Dirección: Calle 69 D No. 39 - 106
Teléfonos: 3689923 - 301 3038985 - Email:
medilab@medllabsas.com
Barranquilla - Colombia

CERTIFICADO DE APTITUD NO. 186749

Paciente:	GUISSEL CAROLINA PIMIENTA MEDINA	**Identificación:**	CC. 1193112016
Empresa:	TU SALUD Y SEGURIDAD LABORAL S.A.S.	**Sexo:**	F
Empresa en misión:	KONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S	**Edad:**	25 A
Cargo:	AUXILIAR DE INTERVENTORIA	**Teléfono:**	3013853589
Act. económica:	ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN	**Fecha de atención:**	18/07/2026



DETALLE DE LA CONSULTA

Tipo de examen: Pre-ingreso **Realizado en:** BARRANQUILLA

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR, EXAMEN MEDICO, AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA , COLESTEROL TOTAL, GLICEMIA, TRIGLICERIDOS.

RECOMENDACIÓN PARA LA EMPRESA

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO- CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR. PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA - PAUSAS ACTIVAS - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - MANEJO DE MECÁNICA CORPORAL E HIGIENE POSTURAL DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO..

RECOMENDACIONES DE AUDIOMETRÍA

HACER PAUSAS AUDITIVAS PARA DARLES PERIODOS DE TRANQUILIDAD Y REPOSO A LOS OÍDOS. .

RECOMENDACIONES DE VISIOMETRÍA

DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO - PAUSAS ACTIVAS VISUALES.

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

OBSERVACIONES

PACIENTE CON FUERZA Y TONO MUSCULAR CONSERVADOS, SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo GUISSEL CAROLINA PIMIENTA MEDINA Identificado con CC. 1193112016 Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral De La Costa I.P.S. S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Guissel Pimienta

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
Nombre: KIRIL PIKIERIS DE CASTRO
Licencia S.O.: R.M. 12914/19/83 Registro No.: S.O. 3422/2020

Firma del paciente GUISSEL CAROLINA PIMIENTA MEDINA
Identificación: CC. 1193112016


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.065.814.280
ANGARITA JAIME
CARLOS ALBERTO


FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G S RH
M
SEXO
04-ABR-2013 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-1200100-00448949-M-1065814280-20130715
0033968943A 1
39956735

ARL | sura

Medellin, 18 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 KONTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000102 CACOM3 MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1065814280	ANGARITA JAIME CARLOS ALBERTO	19/07/2026		25340127	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 18/07/2026 16:34:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.54.179, 192.230.104.16, 172.16.42.57

Salud Total

Bogotá, 22/07/2026

Señor(a)
CARLOS ALBERTO ANGARITA JAIME
C – 1065814280

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4017158791
Fecha Radicación: 07/22/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa KONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS SAS N 901839938, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
CARLOS ALBERTO ANGARITA JAIME	C	03/28/1995	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: Salud Total S.A. E.P.S.
Posible inicio vigencia afiliación: 08/22/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: MZ H CA 3 A BL DEL ROSARIO
Dirección Laboral: MZ H CA 3 A BL DEL ROSARIO
Fondo de Pensiones: 2
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 07/14/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) KELY JOHANA ORTIZ RODELO Código: N530, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

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:

CARLOS ALBERTO ANGARITA JAIME, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.814.280**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 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.

COMFAMILIAR
Atlántico

BARRANQUILLA, 24 JULIO 2026

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMFAMILIAR ATLÁNTICO

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) ANGARITA JAIME CARLOS ALBERTO, identificado(a) con número de documento 1065814280, se encuentra inscrito(a) con la categoría A en esta Caja de Compensación Familiar desde el 23/07/2026, en el programa sin derecho al pago de subsidio familiar, a través de la empresa KONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S, identificada con el NIT 901839938 con fecha de ingreso 14/07/2026 presentando en su grupo familiar a los siguientes beneficiarios:

Se expide la presente certificacion a solicitud del interesado.

Atentamente,

COMFAMILIAR ATLÁNTICO

Certificado Generado Electrónicamente

Elaborado por: Extranet

MEDICINA LABORAL DE LA COSTA IPS SAS
NIT 900.651.463-4
Dirección: Calle 69 D No. 39 - 106
Teléfonos: 3689923 - 301 3038985 - Email:
medilab@medilabsas.com
Barranquilla - Colombia

CERTIFICADO DE APTITUD NO. 186857

Paciente:	CARLOS ALBERTO ANGARITA JAIME	**Identificación:**	CC. 1065814280
Empresa:	TU SALUD Y SEGURIDAD LABORAL S.A.S.	**Sexo:**	M
Empresa en misión:	KONSTRUCCIONES Y KONSULTORIAS S.A.S	**Edad:**	31 A
Cargo:	AUXILIAR DE INGENIERIA	**Teléfono:**	3014929776
Act. económica:	ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN	**Fecha de atención:**	18/07/2026



DETALLE DE LA CONSULTA

Tipo de examen: Pre-Ingreso **Realizado en:** BARRANQUILLA

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR, EXAMEN MEDICO, AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA , COLESTEROL TOTAL, GLICEMIA, TRIGLICERIDOS.

RECOMENDACIÓN PARA LA EMPRESA

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO- SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN.

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA - PAUSAS ACTIVAS - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - MANEJO DE MECÁNICA CORPORAL E HIGIENE POSTURAL DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO. - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS. - CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. .

RECOMENDACIONES DE AUDIOMETRÍA

HACER PAUSAS AUDITIVAS PARA DARLES PERIODOS DE TRANQUILIDAD Y REPOSO A LOS OÍDOS. .

RECOMENDACIONES DE VISIOMETRÍA

SEGUIR CONTROLES EN SU EPS POR OPTOMETRIA - DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO - PAUSAS ACTIVAS VISUALES.

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

OBSERVACIONES

CLÍNICAMENTE ESTABLE, ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo CARLOS ALBERTO ANGARITA JAIME identificado con CC. 1065814280 Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral De La Costa I.P.S. S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministro la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
Nombre: KIRIL PITOERIS DE CASTRO
Licencia S.O.: R.M. 12914/19/83 Registro No.: S.O. 3422/2020

Firma del paciente CARLOS ALBERTO ANGARITA JAIME
Identificación: CC. 1065814280

Medellín, 28 de agosto de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que JORGE ANTONIO DE LA CRUZ PEREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 8788177 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 23/07/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

WRUSSY INGENIEROS SAS N901109885

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000321 - CACOM N° 3 GUAJIRA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411201

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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:
C802123802624033581

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: 28/08/2026 9.19 AM

CERTIFICADO DE AFILIACION DE PROTEGER EPS

Se certifica que DE LA CRUZ PEREZ JORGE ANTONIO identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 8788177 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-8788177
NOMBRES Y APELLIDOS:	DE LA CRUZ PEREZ JORGE ANTONIO
TIPO DE AFILIADO:	CABEZA DE FAMILIA
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A PROTEGER EPS:	01/02/2025
FECHA RETIRO PROTEGER EPS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
GRUPO POBLACIONAL:	Afiliado de oficio sin encuesta sisben ni poblacion especial
NIVEL:	1
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	CARTAGENA / BOLIVAR

SUBGERENTE NACIONAL DE OPERACIONES
Fecha de generacion: 28/08/2026
Codigo de verificacion: AFAF202200001488613
Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

Vigilado Supersalud
Línea nacional: 018000111446 www.protegereps.com

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DE LA CRUZ PEREZ JORGE ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **8.788.177** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de noviembre de 2007 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

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

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

Medellín, 21 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 CONSORCIO WRI 1.

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:	0000000003 CACOM MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C8770088	POLO VIÑA GERMAN JOSE	22/07/2026		W220205g	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/07/2026 16:07:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 107.154.191.2, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 21/07/2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Polo	Segundo apellido: Viña	Primer nombre: German	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de nacimiento**
CC	8770088	Femenino [ ] Masculino [X]	09/04/1970

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: F S M — Condición: T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Sura	colpensiones	1'750.905

18. Residencia

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
malambo	Urbana [X] Rural [ ]		Atlantico

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	**21. Número del documento de identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. 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

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio WR1 1	NIT	902059649	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cll 8 F 79-99	3228597417	hseg@wrussyingen.rips.com	Bogotá.	

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR COMPUTADOR / FORMATO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

F385-RVA V.1.0-2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación 2 2 0 7 2 0 2 6

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 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. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad [ ]		Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

GERMAN Polo

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario

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.

F385-RVA V.1.0-2016

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR COMPUTADOR CONTINUO FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 890.174.405-5 TEL: 4870110

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **8770088,** *no está registrado/a* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de julio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Medellín, 15 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 CONSORCIO WRI 1.

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:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1046872975	BONIFACIO VALIENTE LUDYS ESTHER	16/07/2026		182210NE	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/07/2026 17:44:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 192.230.104.18, 172.16.42.57

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 16 07 26

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

II. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Bonifacio | SEGUNDO APELLIDO: Valiente | PRIMER NOMBRE: Ludys | SEGUNDO NOMBRE: Esther
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] MS [ ] AS [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1046872975
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X] F [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [X] F [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiana
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Atlantico | Usiacuri
15. FECHA NACIMIENTO: 21 05 1989

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA | 17. COMUNIDAD INDÍGENA | 18. DISCAPACIDAD SI [ ] NO [ ] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [ ] | 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN | NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL: Sura
23. AFP: Porvenir
24. IBC: 2'000.000
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN
TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR: 3022062802 | CORREO ELECTRÓNICO: ludys@gmail.com | DEPARTAMENTO: Atlantico
MUNICIPIO/ DISTRITO | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: RESIDENCIA URBANO [ ] RURAL [ ] | PUESTO RURAL [ ] | IPS

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO 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 Cual?
32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

Datos filiatorios 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 BIOLÓGICO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
31												
32												
33												
34												
35												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD INDÍGENA	46. ¿ESTA EMBARAZADA?	47. TIENE AFILIADOS ADICIONALES SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	50. ¿A CUÁNTAS SEMANAS?	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA: URBANO	RURAL DISPERSO	RURAL NUCLEADO
31																
32																
33																
34																
35																

	TELÉFONO FIJO O/O CELULAR	52. MARCA EL (LA) IPS DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (EL SUMINISTRA LA EPS)
31							
32							
33							
34							
35							

IV. 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: Consorcio Vial 1
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 902059649-6
58. Tipo de aportante o régimen de pensionado (a reportar por la Ent)
59. Ubicación: cll 8F 79-99 | 3220547917 | hseq@wmasyingenieros.com | Bogotá

V. 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 RECAPTACIÓN 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. INICIO/REGRESO EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO
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 PENSIONADO
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 Cual?
64. FECHA NACIMIENTO | 65. EPS APORTANTE | 66. FECHA DE NOVEDAD | 67. MOTIVO DE TRASLADO Código | 68. COD. DE PARTICIPACIÓN PARA UNIÓN O PAGADO 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 mí.
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 acrediten la condición de beneficiario(s). 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 valenga 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). Asiento del 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 estadísticos informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los límites 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

IX. FIRMAS

Ludys Bonifacio V

80. El cotizante, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | Firma del cotizante, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

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 sentencias judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencias 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 tutela 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 numerales 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
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN | 97. FECHA DE VALIDACIÓN

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 Ladys Esther Bonifacio V. identificado (a) con CC [X] TI [ ] CE [ ] NUIP [ ] PA [ ] RC [ ] PEP [ ]
número 1046872975 de Usiacurí, 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?	SI [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?	SI [X] No [ ]
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI [X] No [ ]
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI [X] No [ ]
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI [X] No [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico: _____
SI [ ] No [ ]
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI [ ] 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 [ ] NO [ ]

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha de Solicitud: _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____

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 1999, 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, sin 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
			$	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]

Nivel de Escolaridad: Ninguno [ ] Secundaria [ ] Normalista [ ] Profesional [ ] Doctorado [ ]
Preescolar [ ] Media académica o clásica (bachillerato básico) [ ] Técnico Profesional [ ] Especialización [ ] Último Grado _____
Básico Primaria [ ] Media técnica (bachillerato básico) [ ] Tecnológica [ ] Maestría [ ] Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador [ ] Contratista [ ] Trabaja por su Cuenta [ ]
Inicio Contrato: _____ Fin Contrato: _____

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DEJE DE 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. 29 DECRETO 1406 DE 1999.

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

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA

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:

LUDYS ESTHER BONIFACIO VALIENTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.046.872.975**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 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.

Medellín, 27 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 CONSORCIO WRI 1.

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:	0000000003 CACOM MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C72217426	CELIS VARGAS LUIS EDUARDO	28/07/2026		13521914	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/07/2026 10:03:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.52.14, 172.16.42.57

PROTEGER EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	23/1/2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Cotización solidaria
A. Afiliación ; B. Reporte de Novedades X	A. Individual ; Cotizante o Cabeza de Familia X ; Beneficiario o afiliado adicional ; B. Colectiva ; C. Institucional ; D. De oficio	A. Contributivo X ; B. Subsidiado	SI ; NO

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante X ; B. Cabeza de Familia ; C. Beneficiario ; D. Afiliado adicional	A. Dependiente ; B. Independiente X ; C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y Nombres			
Celis	Vargas	Luis	Eduardo
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Nº del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	72217426	Femenino ; Masculino X	F ; M X ; T ; NB ; Otro ; Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
Colombiano	País	Colombiano	Departamento	Atlantico	Municipio	Barranquilla	15/06/1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	G. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad
		SI ; NO	

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
SI ; NO X	Nivel ; Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización – IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura	Colpensiones	1'750.905.	

26. Residencia			
Dirección: Malambo	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico: luisvargas123@gmail.com

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad / Comuna	Zona	
Atlantico			Cabecera Municipal X ; 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 cotizante

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Nº del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ; Masculino	F ; M ; T ; NB ; Otro ; Cual

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	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		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	CUAL	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

Vigilado Supersalud

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 EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO WRI 1	NIT	902059649	

59. Ubicación				
Dirección: CR 8 C 79-94	Teléfono fijo o Celular: 3228597417	Correo Electrónico: hseq@wrussyingenieros.com	Departamento: Bogotá D.C.	Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA 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: Femenino Masculino	63. Sexo identificación: F M I NB Otro Cual	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad D D M M A A A A	67. Motivo de Traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no 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 nombres

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:

Cantidad CN TI PA CD Total

RC CC CE SC

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 decrete 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.

Vigilado Supersalud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72217426,** *no está registrado/a* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de julio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Medellín, 25 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO WRI 1.

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:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1081927437	SAUMETH CANAVAL LUIS MANUEL	26/06/2026		14713321	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/06/2026 09:56:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 192.230.104.18, 172.16.42.57

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS MANUEL SAUMETH CANAVAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.927.437**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de radicado	Fecha de radicado
47555-00047909-SM	09/07/2026

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

I. DATOS DE TRÁMITE

1. Tipo de trámite A. Afiliación ( ) B. Reporte de novedades (X)	**2. Tipo de afiliación** B. Colectiva ( )	A. Individual: -Cotizante o cabeza de familia (X)	-Beneficiario o afiliado adicional ( )	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 registrar por la EPS)** ESSC07
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)		**A. AFILIACIÓN**

8. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SAUMETH	CANAVAL	LUIS	MANUEL

9. TIpo de documento de identidad	**10. Número del documento de identidad**	**11. Sexo biológico**	**12. Sexo identificación**
CC	1081927437	Femenino ( ) Masculino (X)	F ( ) M (X) T ( ) NB ( ) Otro ( ) Cual

13. Nacionalidad	**14. Lugar de nacimiento**						**15. Fecha de nacimiento**
COL	País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	PLATO	15/06/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

16. Etnia	**17. Comunidad**	**18. Discapacidad**	**Categoria de discapacidad**	SI ( ) NO (X)

19. Tiene encuesta	**20. Clasificación SISBÉN**	**21. Grupo de población especial**
SI (X) NO ( )	Nivel 2 Grupo C	5

22. Administradora de riesgos laborales - ARL	**23. Administración de pensiones**	**24. Ingreso base de cotización - IBC**	**25. Tarifa contribución solidaria**
SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$2.200.000	

26. Residencia

Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CR 44 # 50 - 105		3043751411	BLACKROBBERY17@GMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
MAGDALENA	PLATO		Cabecera municipal (X) Centro poblado ( ) Rural disperso ( ) Resto rural ( )

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

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

32. Nacionalidad	**33. Lugar de nacimiento**						**34. Fecha de nacimiento**
	País		Departamento		Municipio		DD/MM/YYYY

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**		**40. Sexo identificación**						**41.Lugar de nacimiento**			**42. Fecha de nacimiento**
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	DD/MM/YYYY
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

	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 disperso	Resto rural		
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	ESE HOSPITAL 7 DE AGOSTO PLATO	475550026601
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)**
Consorcio WRI 1	NI	902059649	1

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio / Distrito

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SAUMETH	CANAVAL	LUIS	MANUEL

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
CC	1081927437	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otros [ ] Cual	15/06/1996

65.EPS anterior	66. Fecha de novedad	67.Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	01/06/2026	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX: FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
	Afiliación realizada el 09/07/2026 por el empleador 902059649, Consorcio WRI 1 a través del portal aportante.

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad de documentos de identidad anexos
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del articulo 2.1.7.3 del Decreto780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total anexos: [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	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
DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA

OBSERVACIONES:

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

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:

MANUEL DEL CRISTO CAUSADO CONTRERAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **73.547.155**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Medellín, 21 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 CONSORCIO WRI 1.

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:	0000000003 CACOM MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C73547155	CAUSADO CONTRERAS MANUEL DEL CRISTO	22/07/2026		22512689	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/07/2026 16:06:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 107.154.191.2, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu Bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	22072026

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ]
3. Regimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (Indicado en anexo 1) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Causado	Segundo apellido: Contreras	Primer Nombre: Manuel	Segundo Nombre: De Cristo
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 73547155	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 06041969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F M M) Condición (Y P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso basico cotizacion IBC
Sura	Colpensiones	1'750.905

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
			NIA

Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Localidad/Comuna	Departamento
Malambo	[X]	[ ]		Atlantico

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	M	M	Condición Y	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio wei 1	NIT	9020594699	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
cll 8 f 79-99	3228547917	hseq@corossyingenieros.com	Bogotá	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 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. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiados o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

Manuel del Cristo.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad Total
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

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.

Medellín, 21 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 CONSORCIO WRI 1.

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:	0000000003 CACOM MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C8788892	DE AVILA DE ALBA VLADIMIR	22/07/2026		203j6024	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/07/2026 16:04:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 107.154.191.2, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anotas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 22/07/2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: De avila	Segundo apellido: De alba	Primer nombre: Uladimir	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de nacimiento**
CC	8788892	Femenino [ ] Masculino [X]	04/12/1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Cód. Cond.		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Sura	Protección	1'750.905

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Malambo	Urbana [X] Rural [ ]		Atlantico

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	**21. Número del documento de identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. 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

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio WR1	NIT	902 059 649	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cll 8F 79-94	3228549412	hsrq@wrossyingenieros.com	Bogotá D.C.	

Vigilado Supersalud

F385-RVA V.1.0-2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 22072026

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 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. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad [ ]		Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario

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.

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CADENA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.426-4 RES. 001710

F385-RVA V.1.0-2016

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DE AVILA DE ALBA VLADIMIR** identificado(a) con **CC** número **8.788.892** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de agosto de 1997 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 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 21 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**