**TALLER INDU VILLARRAGA SAS**
NIT 900.914.307-3
VDA PUENTE VARGAS SEC LA CAMILA
Tel: 3153502388
Cajicá - Colombia
pvillarraga@hotmail.com

RES.DIAN No. Número Autorización Electrónica 18764099557734 aprobado en 20250930 prefijo FET desde el número 124 al 1000 Vigencia: 12 Meses
Responsable de IVA - Actividad Económica 3312 - Mantenimiento y reparación especializado de maquinaria y equipo

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA NO. FET 181**

**Fecha y hora Factura**
Generación: 21/09/2026, 22:47
Expedición: 21/09/2026, 22:48

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre del Cliente**<br>EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE CAJICA SA ESP | **Nit ó C.C.**<br>832.002.386-5 | **Fecha de Vencimiento**<br>-- |
| **Razón Social**<br>EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE CAJICA SA ESP | **Dirección**<br>CL 3 SUR 1 07 CENTRO MULTIFERIAL | **Teléfono**<br>(601) 8662845 |
| **Correo**<br>recepcionfacturas@epccajica.gov.co | **Vendedor**<br>TALLER INDU VILLARRAGA | **Centro de Costo**<br>0 |

CONDICIONES DE VENTA: La firma del comprador en este documento significa la aceptación de la mercancía y la obligación de pagar en los términos y condiciones estipuladas y su conformidad con el pacto de reserva de dominio que aquí se establece. Este documento se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio según Art 774 del código de Comercio. Nuestra responsabilidad cesa al entregar la mercancía a los transportadores. Reclamos por roturas o saqueo deben hacerse al transportador

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Impto. Cargo | Valor Impto.Cargo | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Mantenimiento y fabricación de estanteria metalica cual se elabora en Ángulo de 2" por 1/4 con entrepaños de 80 cm entre uno y otro en madera OSB estructural de 15 mm para el almacén de la EPC | 1.00 | 28,235,400.00 | 19 % | 5,364,726.00 | 33,600,126.00 |
| 2 | Fabricacion, instalacion y mantenimiento de muro de 14 metros de largo por 2.40 de alto, en estructura tipo aluminio con refuerzo cada 60 cm y parales de 9 cm y lámina en drywall de 12 mm para una terminación del muro de ancho de 12 cm. | 1.00 | 8,950,000.00 | 19 % | 1,700,500.00 | 10,650,500.00 |
| 3 | Instalación, mantenimiento y fabricación de estantería metálica en tubería cuadrada de 1" calibre 16 con entrepaños en madera tipo MDF de 9 mm dejando bloques de archivadores de 40 cm de ancho por 40 cm de fondo y 2.40 de alto para la ampliación del archivo central en la EPC en un área de 48m2 | 1.00 | 40,335,000.00 | 19 % | 7,663,650.00 | 47,998,650.00 |

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Impto. Cargo | Valor Impto.Cargo | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Realizar el mantenimiento reja y puerta corrediza entrada principal y parqueadero portería de la EPC, instalando láminas en rejas frontal, lo cual consta de lijado greteado y aplicar pintura tipo anticorrosivo y pintura en terminación en esmalte además se instalarán lamina calibre 20 en un area de 6 metros por 3 metros tambien se realizara el cambio de rodachinas y engrase del riel corredizo de la puerta. | 1.00 | 20,700,000.00 | 19 % | 3,933,000.00 | 24,633,000.00 |
| 5 | Arreglos y adecuaciones locativos en el area del rack para habilitar cuarto de aseo en segundo piso, demolición de ceramica y adecuación de red sanitaria e hidraulica mamposteria en bloque #4 pañete estuco y pintura, enchape del cuarto general fabricacion de poseta y adecuacion e instalacion lava trapo arreglo y adecuacion de estructura metalica de techo e instalacion de lamina eterboard estuco y pintura. | 1.00 | 15,580,000.00 | 19 % | 2,960,200.00 | 18,540,200.00 |
| 6 | Adecuacion, fabricacion e instalacion de estructura metalica liviana en sistema drywall en el pasillo del primer piso que inicia al costado de los baños y se extiende hasta la esquina previa a la salida del edificio, correspondiente al area donde anteriormente funcionaban las oficinas de los programas ambientales, mantenimiento y fabricación de muro de 2 metros de largo por 2.40 de alto, en estructura tipo aluminio con refuerzo cada 60 cm y parales de 9 cm y lamina en drywall de 12 mm para una terminacion del muro de ancho de 12 cm | 1.00 | 2,980,000.00 | 19 % | 566,200.00 | 3,546,200.00 |
| 7 | Mantenimiento, fabricacion e instalacion de estante metalico para organizar material electrico y electronico de cuarto de almacenamiento de equipos tecnologicos ubicado en el primer piso de la EPC lo cual se fabricara en tuberia cuadrada de 1" de calibre 16 y entrepaño de madera MDF de 9 mm. | 1.00 | 2,100,000.00 | 19 % | 399,000.00 | 2,499,000.00 |
| 8 | Arreglos y reparaciones varias en baños de los operarios de alcantarillado, cambio de llaves de | 1.00 | 1,344,600.00 | 19 % | 255,474.00 | 1,600,074.00 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Impto. Cargo | Valor Impto.Cargo | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | los lavamanos, cambio de valvula de la ducha, cambio del arbol del sanitario y cambio de teja plastica. | | | | | |
| 9 | Hacer chaceo y anclaje para asegurar y garantizar estabilidad a los lockers en el area de duchas de los operarios. Realizar 56 anclajes a muro y la instalacion de 28 escuadras a 14 cuerpos de lockers | 1.00 | 1,672,300.00 | 19 % | 317,737.00 | 1,990,037.00 |
| 10 | Arreglos varios en baños de hombres y mujeres en el primer piso de la EPC, se realizara la demolición para la reubicacion de la red sanitaria de orinles en baños hombres y la demolicion y adecuaciones red sanitario de baño de mujeres e instalacion de dos sanitarios y remate de enchape. | 1.00 | 4,033,700.00 | 19 % | 766,403.00 | 4,800,103.00 |
| 11 | Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de lijado limpieza y pintura en muros y estructura metalica en sala de juntas y oficina de gerencia en un area de 140 mtrs cuadrados. | 1.00 | 1,050,400.00 | 19 % | 199,576.00 | 1,249,976.00 |
| 12 | Mantenimiento, ajuste y aseguramiento de estantes ubicados en la nueva oficina de contratación. | 1.00 | 672,300.00 | 19 % | 127,737.00 | 800,037.00 |
| 13 | Adecuación de mesa de trabajo para la oficina jurídica. | 1.00 | 294,200.00 | 19 % | 55,898.00 | 350,098.00 |
| 14 | Arreglo pasamanos de la escalera hacia el segundo piso | 1.00 | 546,500.00 | 19 % | 103,835.00 | 650,335.00 |
| 15 | Retirar la cortina metálica de la antigua oficina de PGIRS. | 1.00 | 588,300.00 | 19 % | 111,777.00 | 700,077.00 |
| 16 | Arreglos e instalación de divisiones en vidrio de la antigua oficina de Contratación. | 1.00 | 2,395,000.00 | 19 % | 455,050.00 | 2,850,050.00 |
| 17 | Arreglos y pintura en la oficina de control interno | 1.00 | 1,512,600.00 | 19 % | 287,394.00 | 1,799,994.00 |
| 18 | Arreglos en cuarto técnico RACK y en la antigua oficina de control interno lo cual se realizara la demolición en mampostería con resanes de muros, pisos y viga superior, estuco y pintura. | 1.00 | 6,319,400.00 | 19 % | 1,200,686.00 | 7,520,086.00 |
| 19 | Fabricar e instalar la puerta y ventana en aluminio y vidrio para la sala de capacitación. | 1.00 | 2,974,800.00 | 19 % | 565,212.00 | 3,540,012.00 |
| 20 | Instalacion de peliculas en las oficinas de la Dirección Comercial. | 1.00 | 6,050,500.00 | 19 % | 1,149,595.00 | 7,200,095.00 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Impto. Cargo | Valor Impto.Cargo | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | Instalacion vidrio templado en la oficina de la Dirección Comercial. | 1.00 | 1,050,500.00 | 19 % | 199,595.00 | 1,250,095.00 |
| 22 | Instalación de una puerta divisoria en el pasillo de la Dirección Comercial. | 1.00 | 1,176,600.00 | 19 % | 223,554.00 | 1,400,154.00 |
| 23 | Fabricar e instalar dos puertas ventanas en aluminio y vidrios templados corredizos en las nuevas oficinas de PGIRS y PUEFAAC | 1.00 | 4,033,700.00 | 19 % | 766,403.00 | 4,800,103.00 |
| 24 | Fabricar e instalación de dos ventanas para las oficinas de la Dirección Comercial. | 1.00 | 7,142,900.00 | 19 % | 1,357,151.00 | 8,500,051.00 |
| 25 | Accesorios varios para la instalación de puertas en la oficina de atención al usuario. | 1.00 | 2,352,900.00 | 19 % | 447,051.00 | 2,799,951.00 |
| 26 | Realizar mantenimiento y arreglos a la puerta en vidrio del baño de mujeres del primer piso. | 1.00 | 3,026,000.00 | 19 % | 574,940.00 | 3,600,940.00 |

**Total items:** 26

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 167,117,600.00 |
| IVA 19% | 31,752,344.00 |
| **Total a Pagar** | 198,869,944.00 |

**OBSERVACIONES:**

Contrato de Mantenimiento CM-016-2026: Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo, reparaciones y/o mejoras locativas de la infraestructura física de la empresa de servicios públicos de Cajicá S.A E.S.P.

**Valor en Letras:**

Ciento noventa y ocho millones ochocientos sesenta y nueve mil novecientos cuarenta y cuatro pesos m/cte

**Forma de pago:**

Contado

**Medio de pago:**

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 198,869,944.00

**VENDEDOR**

C.C. Ó NIT.:

**FIRMA Y SELLO**

C.C. Ó NIT.:

**CUFE:**

7bb19b090dcb847942a66bc7262679672594f99375b1f25d02d1871c3e38291b2019fb976bda3853b32ab8c5c2d3c60c

**TALLER INDU VILLARRAGA SAS**
**NIT: 900.914.307 - 3**

Cajicá – Cund., septiembre de 2026

Señores:

**DIRECCION ADMINISTRATIVA**

**EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE CAJICA S.A. ESP.**

**Atn. Ing. Javier Francisco Rodríguez Bello**

**REF: INFORME No. 1– CONTRATO DE MANTENIMIENTO CM-016-2026**

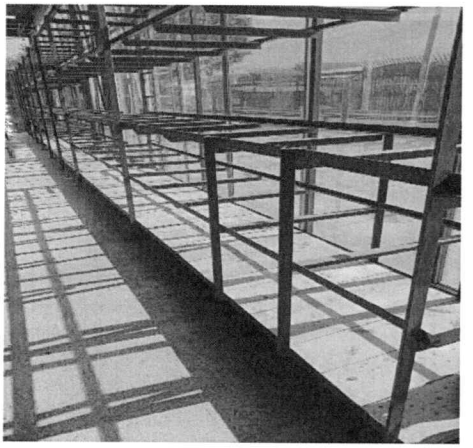
Respetado Ingeniero:

A continuación, se presenta el informe Numero 001, del Contrato de Mantenimiento 016-2026 suscrito con la EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE CAJICA S.A. ESP. Cuyo objeto es "*REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, REPARACIONES Y-O MEJORAS LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE CAJICÁ S.A. E.S.P.* "

El siguiente informe se describe los trabajos realizados:

1. Mantenimiento y fabricación de estantería metálica cual se elabora en Ángulo de 2" por 1/4 con entrepaños de 80 cm entre uno y otro en madera OSB estructural de 15 mm para el almacén de la EPC





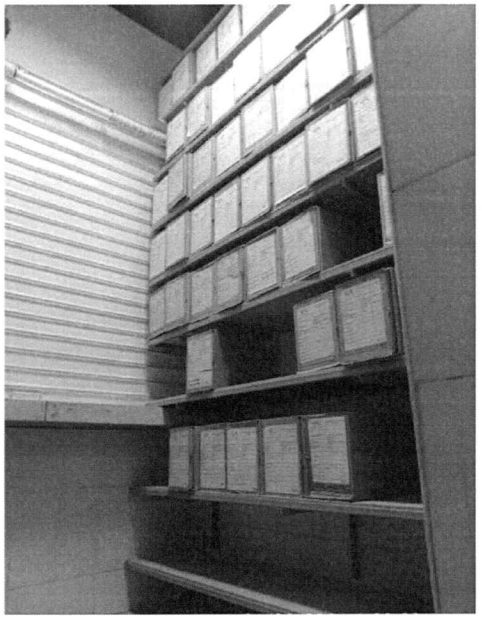


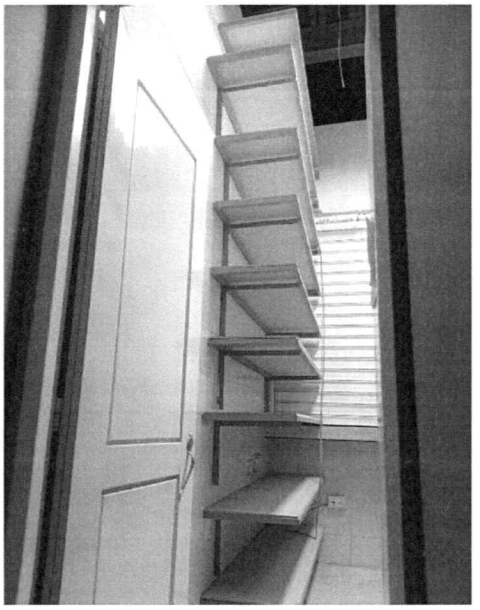
2. Fabricación, instalación y mantenimiento de muro de 14 metros de largo por 2.40 de alto, en estructura tipo aluminio con refuerzo cada 60 cm y parales de 9 cm y lámina en drywall de 12 mm para una terminación del muro de ancho de 12 cm.






3. Instalación, mantenimiento y fabricación de estantería metálica en tubería cuadrada de 1" calibre 16 con entrepaños en madera tipo MDF de 9 mm dejando bloques de archivadores de 40 cm de ancho por 40 cm de fondo y 2.40 de alto para la ampliación del archivo central en la EPC en un área de 48m2.

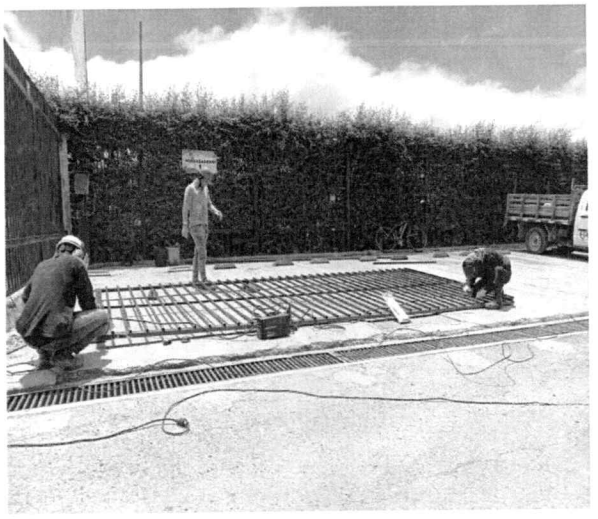




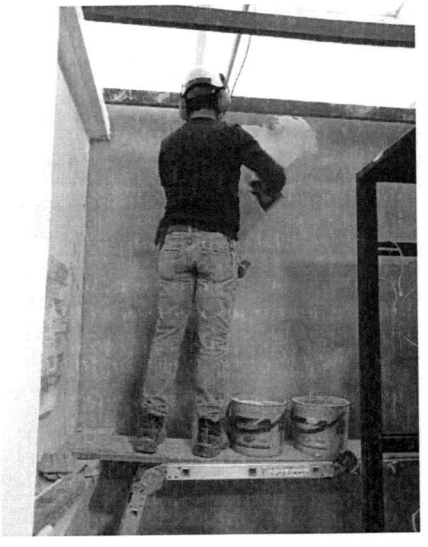
4. Realizar el mantenimiento reja y puerta corrediza entrada principal y parqueadero portería de la EPC, instalando láminas en rejas frontal, lo cual consta de lijado greteado y aplicar pintura tipo anticorrosivo y pintura en terminación en esmalte además se instalarán lamina calibre 20 en un área de 6 metros por 3 metros también se realizará el cambio de rodachinas y engrase del riel corredizo de la puerta.

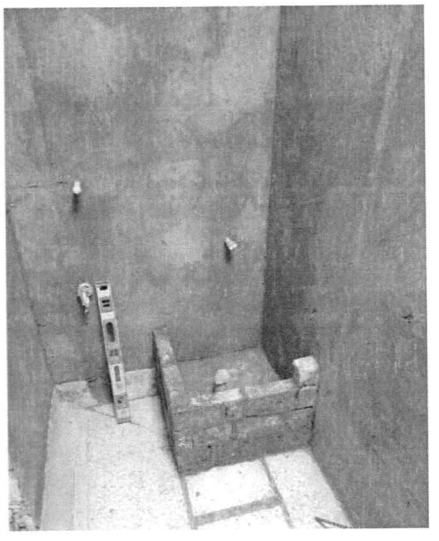




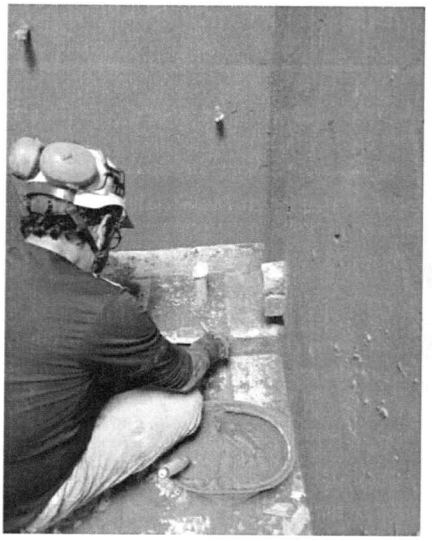


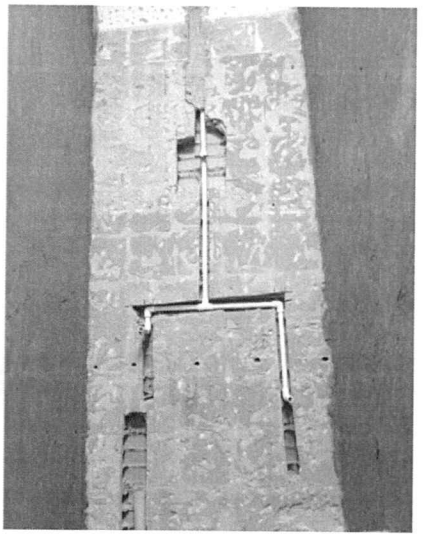
5. Arreglos y adecuaciones locativos en el área del rack para habilitar cuarto de aseo en segundo piso, demolición de cerámica y adecuación de red sanitaria e hidráulica mampostería en bloque #4 pañete estuco y pintura, enchape del cuarto general fabricación de poceta y adecuación e instalación lava trapo arreglo y adecuación de estructura metálica de techo e instalación de lámina eterboard estuco y pintura.



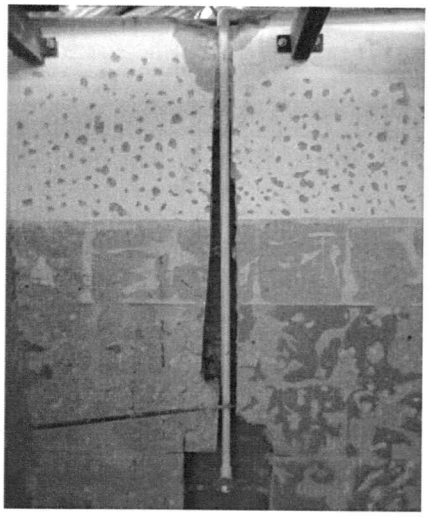


TALLER INDU VILLARRAGA SAS
NIT: 900.914.307 - 3

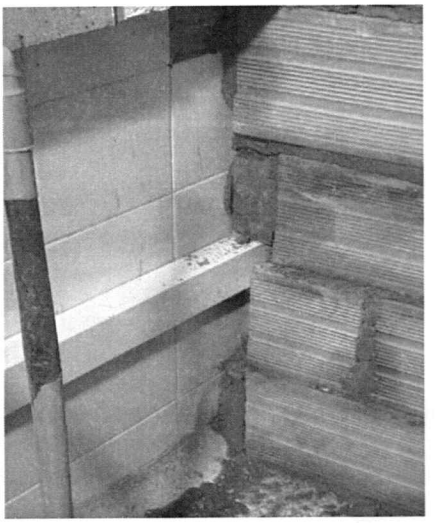
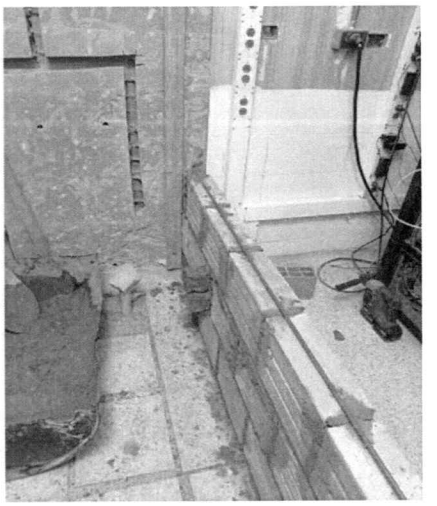




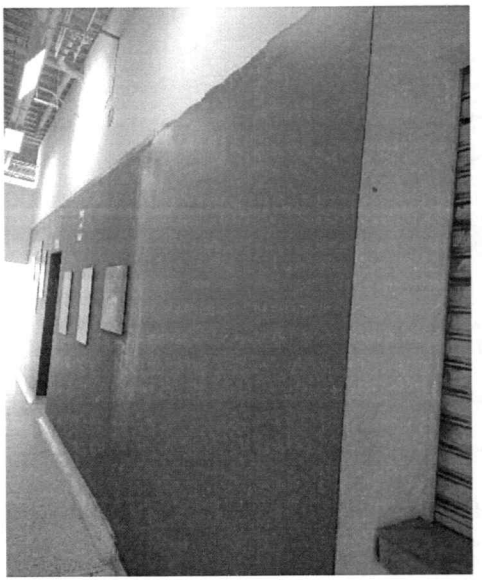
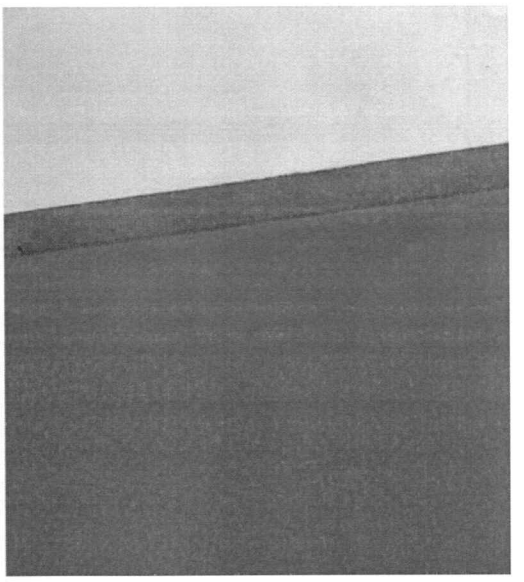


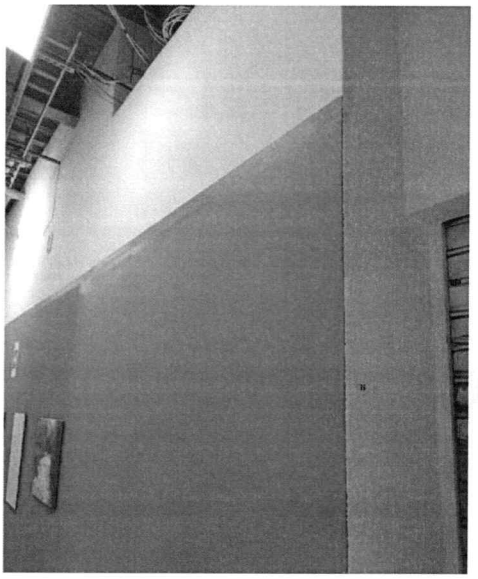


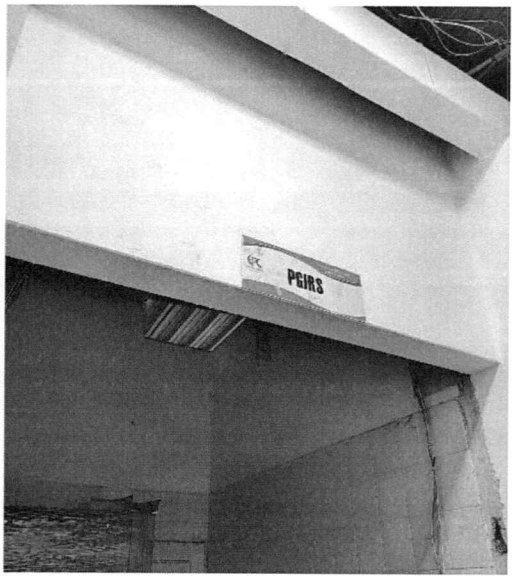
CAJICA VDA PUENTE VARGAS SEC LA CAMILA CEL: 315 3502388
E-MAIL: pvillarraga@hotmail.com

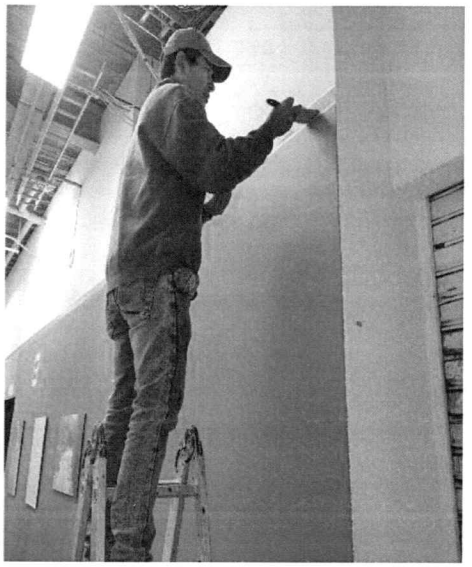



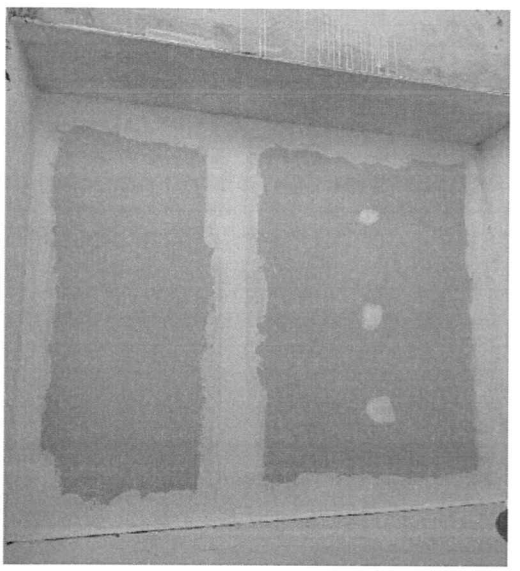
6. Adecuación, fabricación e instalación de estructura metálica liviana en sistema drywall en el pasillo del primer piso que inicia al costado de los baños y se extiende hasta la esquina previa a la salida del edificio, correspondiente al area donde anteriormente funcionaban las oficinas de los programas ambientales, mantenimiento y fabricación de muro de 2 metros de largo por 2.40 de alto, en estructura tipo aluminio con refuerzo cada 60 cm y parales de 9 cm y lamina en drywall de 12 mm para una terminación del muro de ancho de 12 cm.

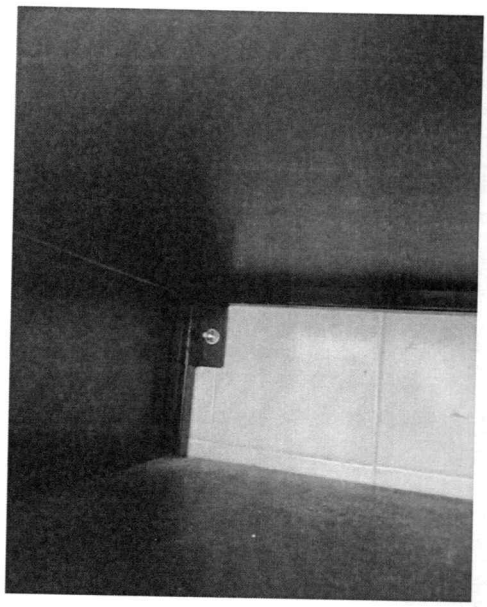
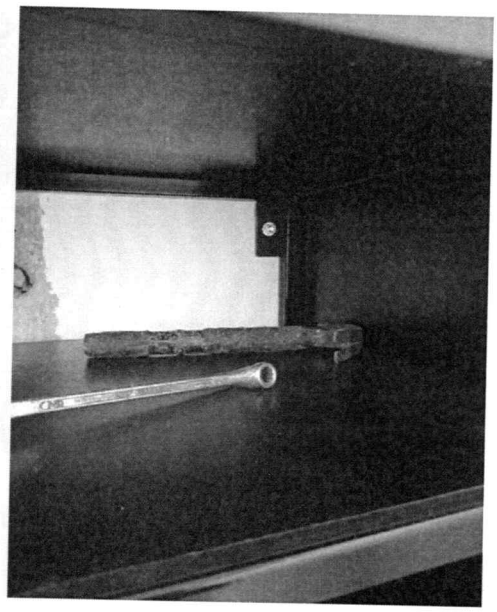




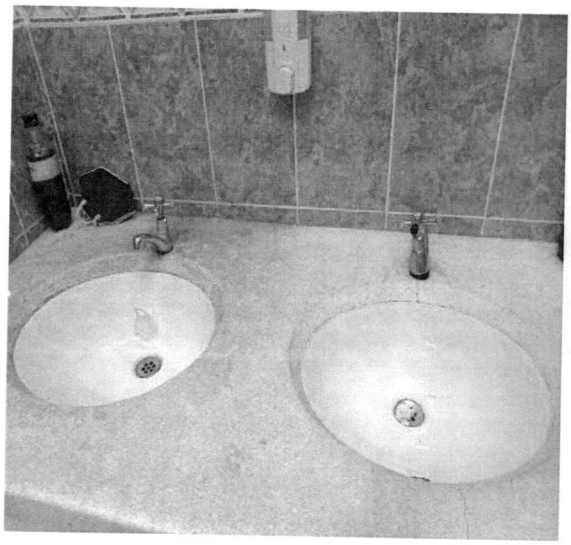





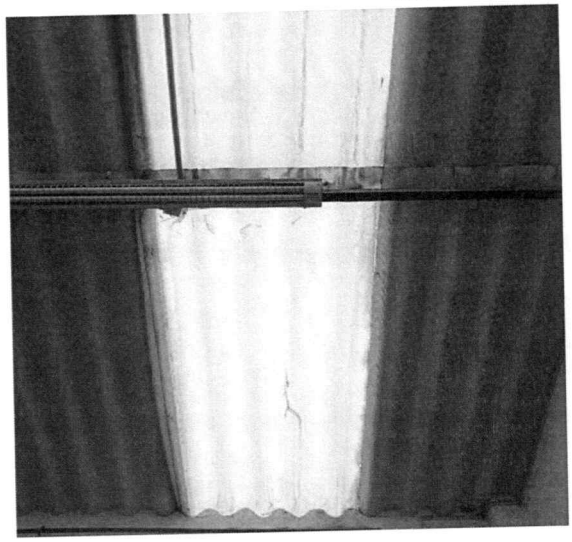
7. Mantenimiento, fabricación e instalación de estante metálico para organizar material eléctrico y electrónico de cuarto de almacenamiento de equipos tecnológicos ubicado en el primer piso de la EPC lo cual se fabricará en tubería cuadrada de 1" de calibre 16 y entrepaño de madera MDF de 9 mm.

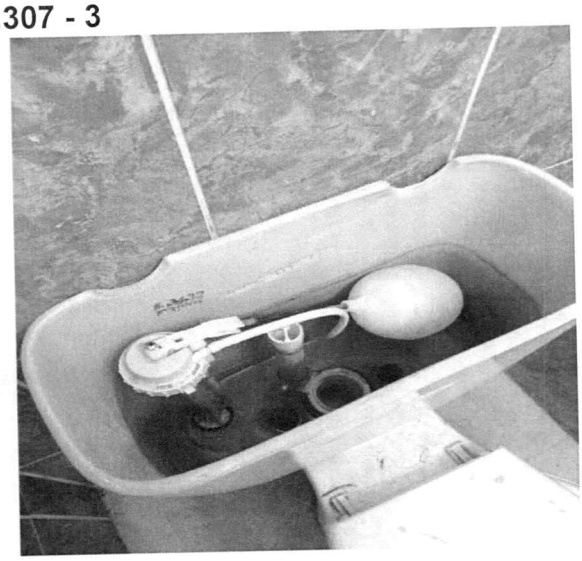



8. Arreglos y reparaciones varias en baños de los operarios de alcantarillado, cambio de llaves de los lavamanos, cambio de válvula de la ducha, cambio del árbol del sanitario y cambio de teja plástica.




TALLER INDU VILLARRAGA SAS
NIT: 900.914.307 - 3









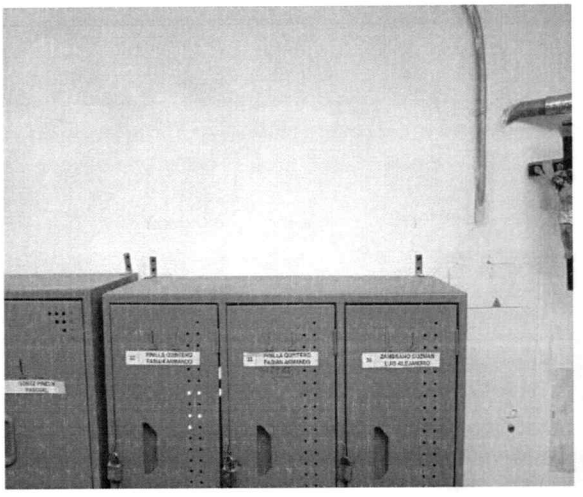




CAJICA VDA PUENTE VARGAS SEC LA CAMILA CEL: 315 3502388
E-MAIL: pvillarraga@hotmail.com



9. Hacer chaceo y anclaje para asegurar y garantizar estabilidad a los lockers en el área de duchas de los operarios. Realizar 56 anclajes a muro y la instalación de 28 escuadras a 14 cuerpos de lockers



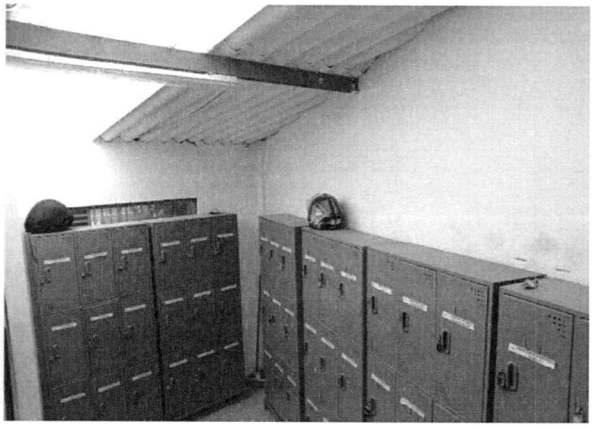


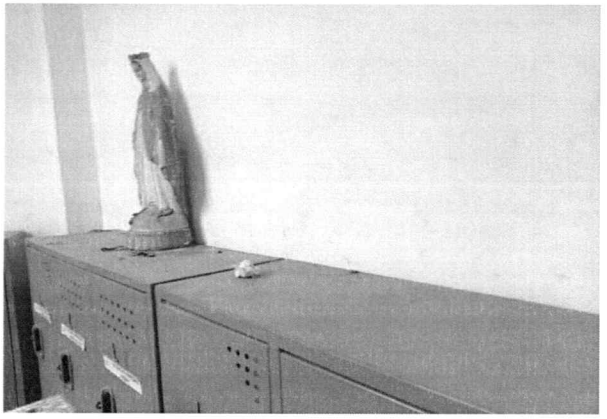
TALLER INDU VILLARRAGA SAS
NIT: 900.914.307 - 3

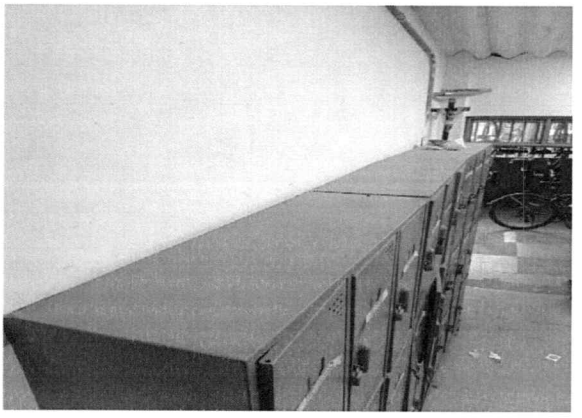






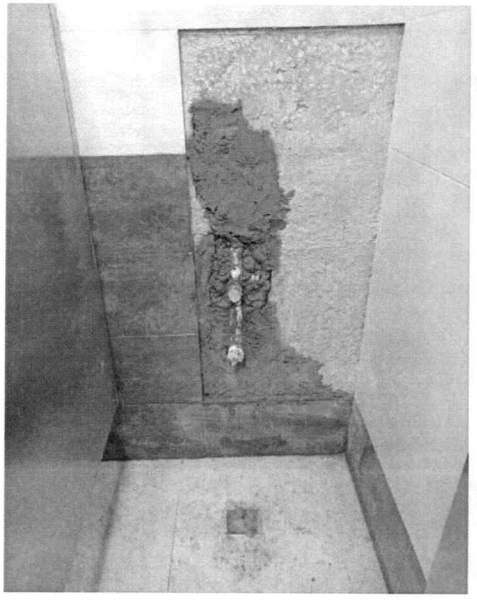


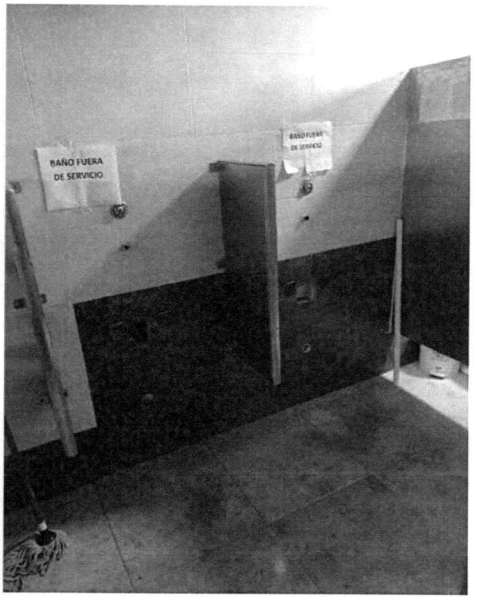


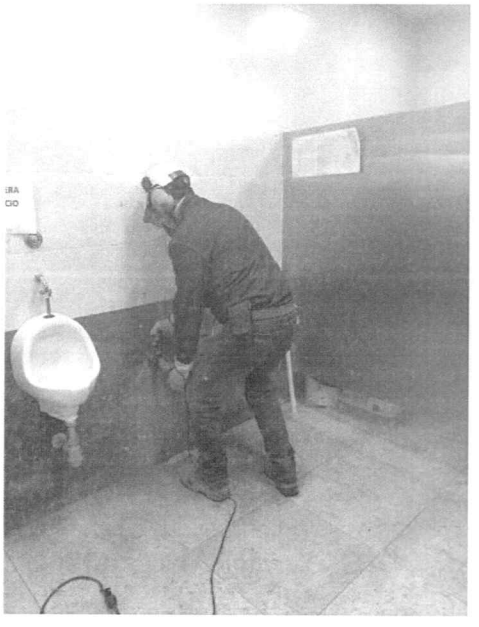


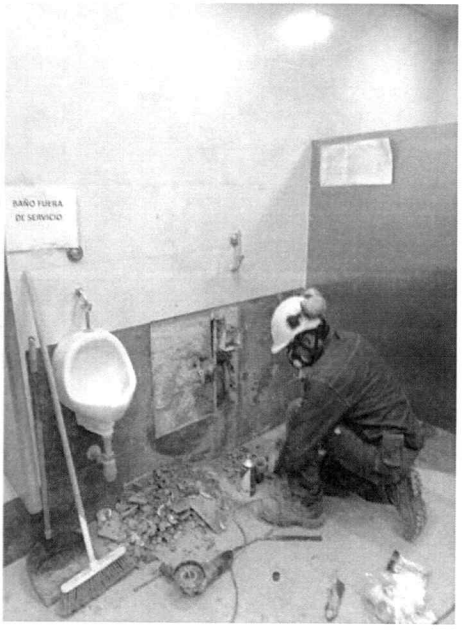
CAJICA VDA PUENTE VARGAS SEC LA CAMILA CEL: 315 3502388
E-MAIL: pvillarraga@hotmail.com

10. Arreglos varios en baños de hombres y mujeres en el primer piso de la EPC, se realizará la demolición para la reubicación de la red sanitaria de orinles en baños hombres y la demolición y adecuaciones red sanitario de baño de mujeres e instalación de dos sanitarios y remate de enchape.



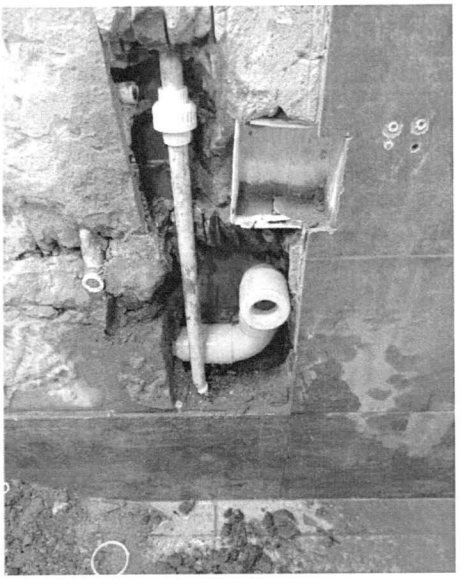


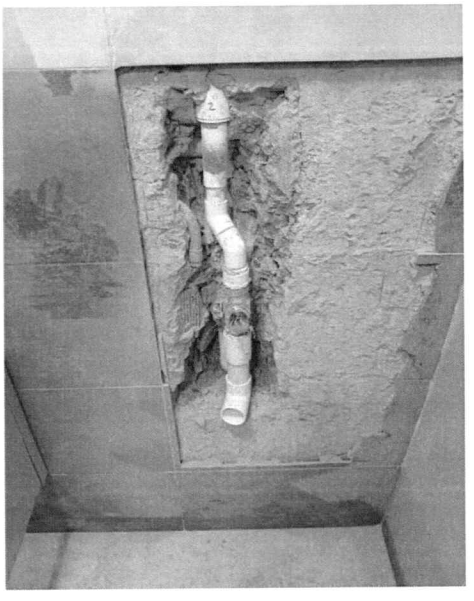





TALLER INDU VILLARRAGA SAS
NIT: 900.914.307 - 3



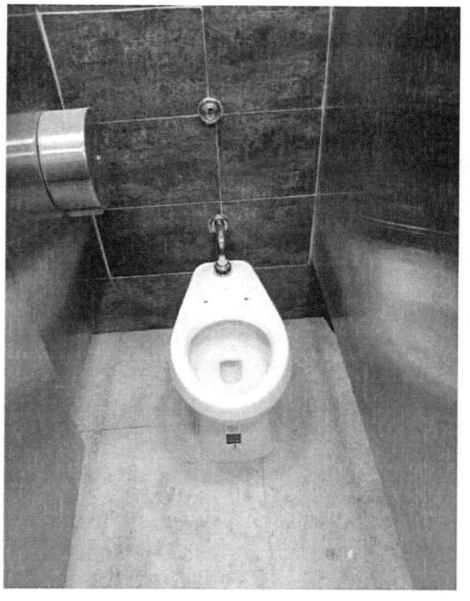



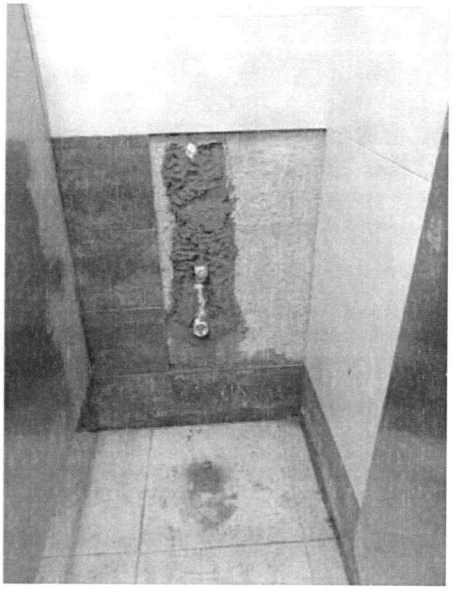




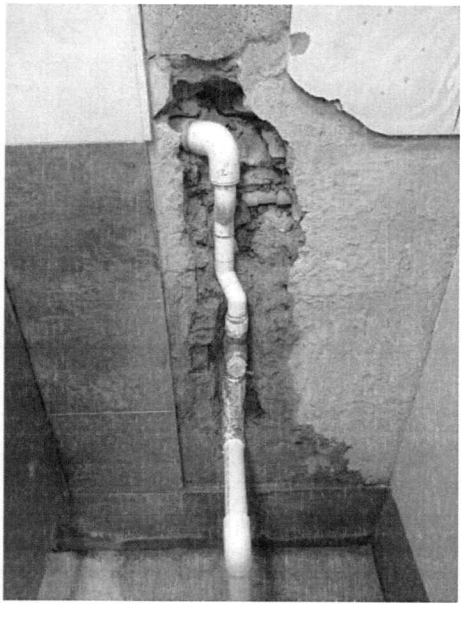
CAJICA VDA PUENTE VARGAS SEC LA CAMILA CEL: 315 3502388
E-MAIL: pvillarraga@hotmail.com

TALLER INDU VILLARRAGA SAS
NIT: 900.914.307 - 3





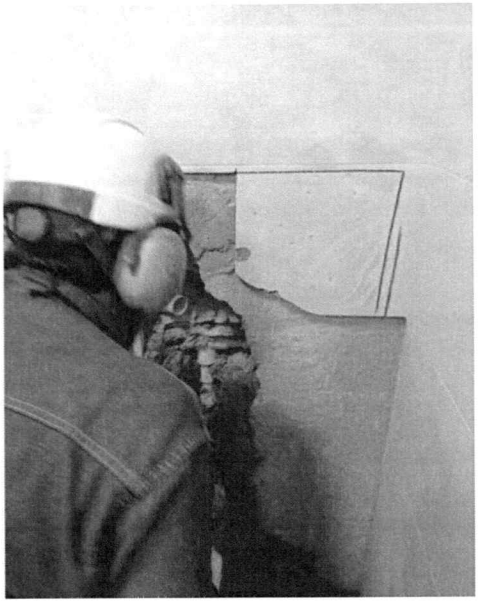


CAJICA VDA PUENTE VARGAS SEC LA CAMILA CEL: 315 3502388
E-MAIL: pvillarraga@hotmail.com

TALLER INDU VILLARRAGA SAS
NIT: 900.914.307 - 3

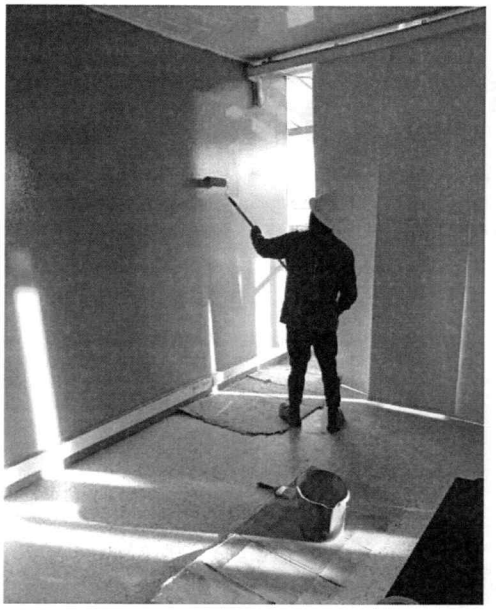




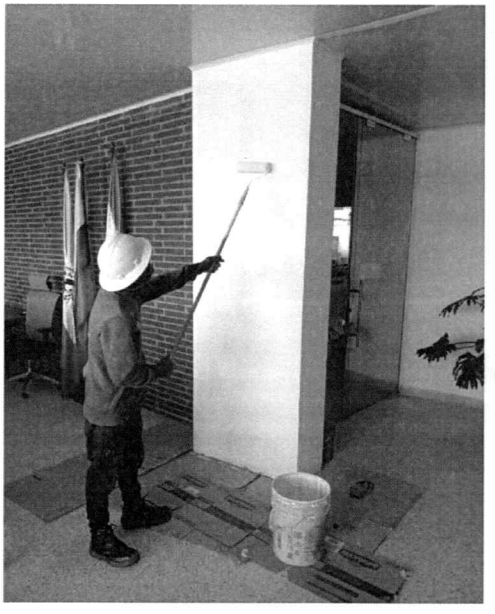


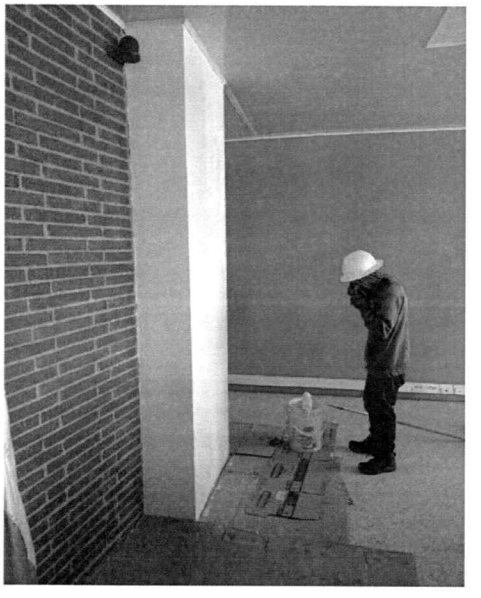
CAJICA VDA PUENTE VARGAS SEC LA CAMILA CEL: 315 3502388
E-MAIL: pvillarraga@hotmail.com

11. Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de lijado limpieza y pintura en muros y estructura metálica en sala de juntas y oficina de gerencia en un área de 140 mtrs cuadrados.









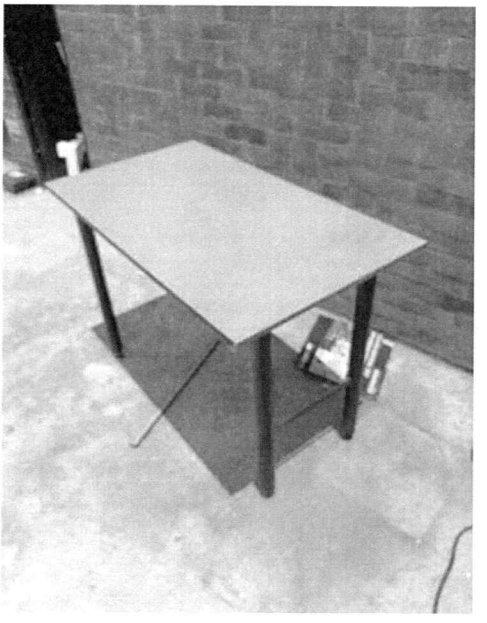
12. Mantenimiento, ajuste y aseguramiento de estantes ubicados en la nueva oficina de contratación.

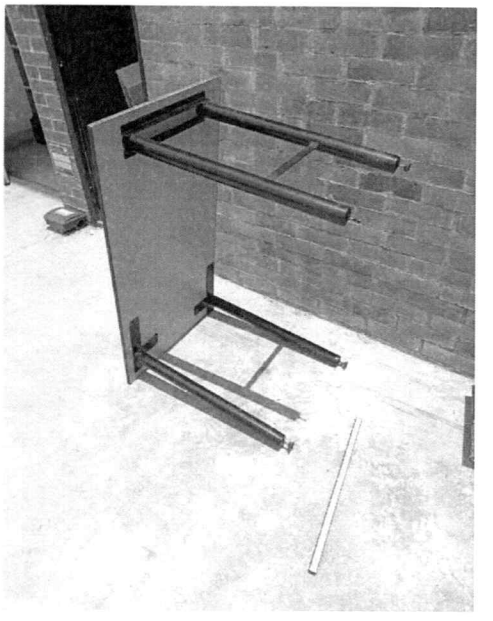


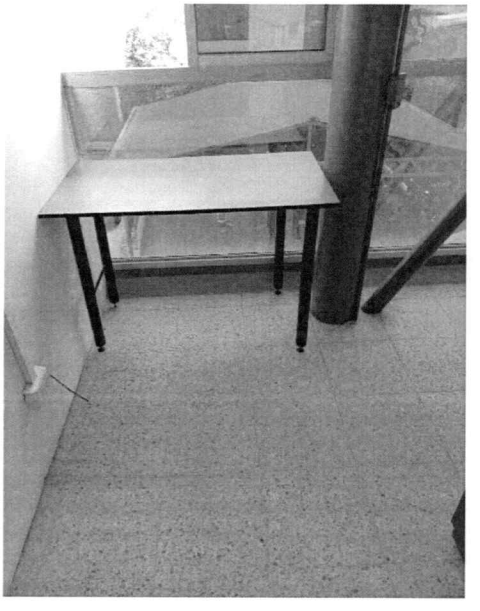




13. Adecuación de mesa de trabajo para la oficina jurídica.

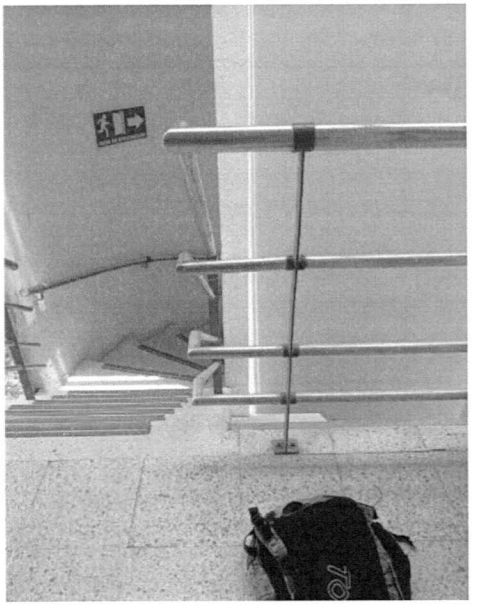




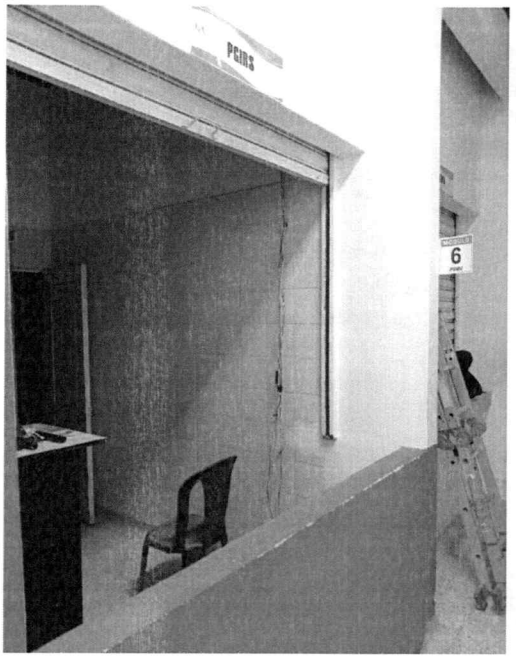


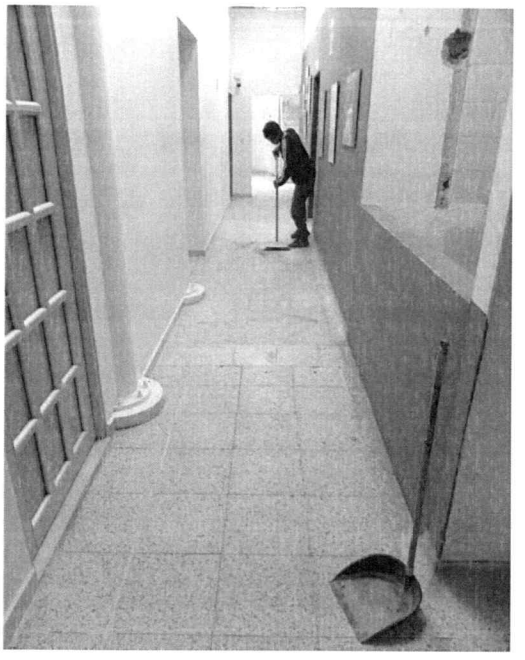
14. Arreglo pasamanos de la escalera hacia el segundo piso



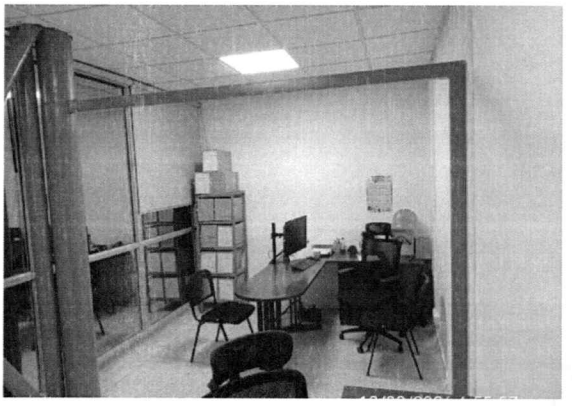



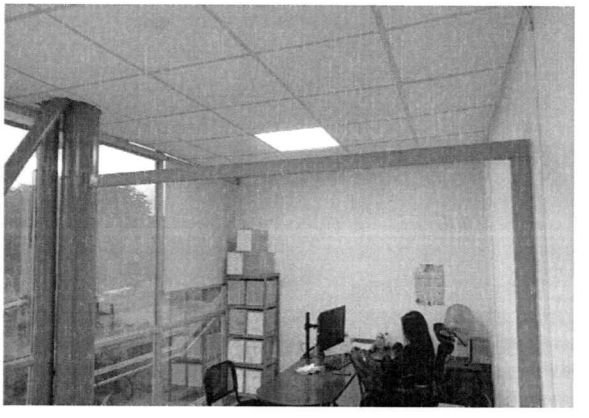
15. Retirar la cortina metálica de la antigua oficina de PGIRS



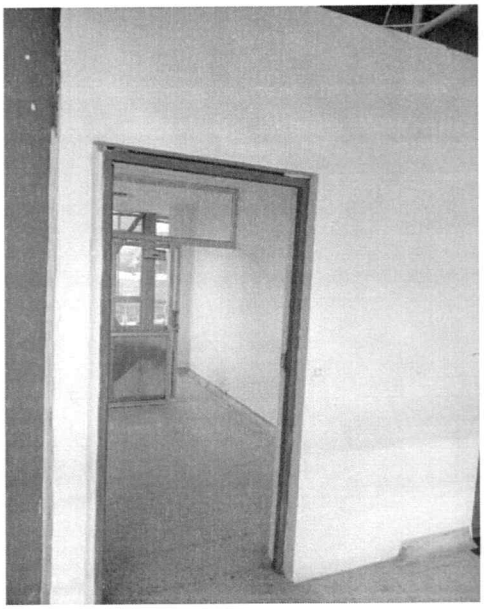



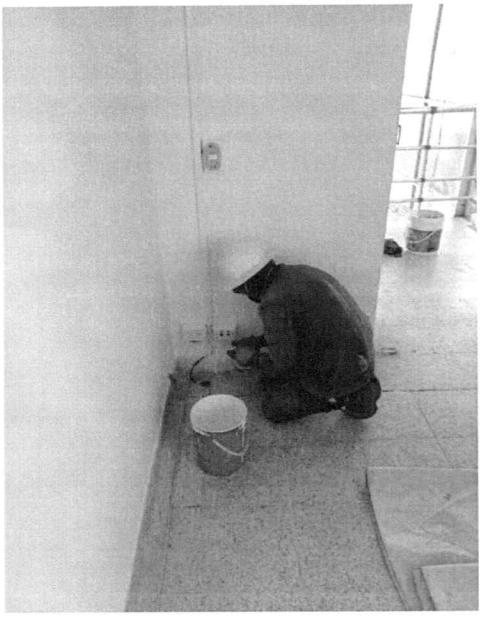
16. Arreglos e instalación de divisiones en vidrio de la antigua oficina de Contratación.

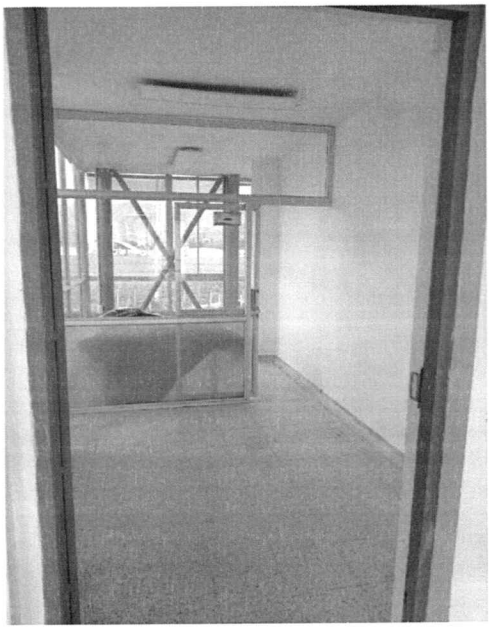




17. Arreglos y pintura en la oficina de control interno.









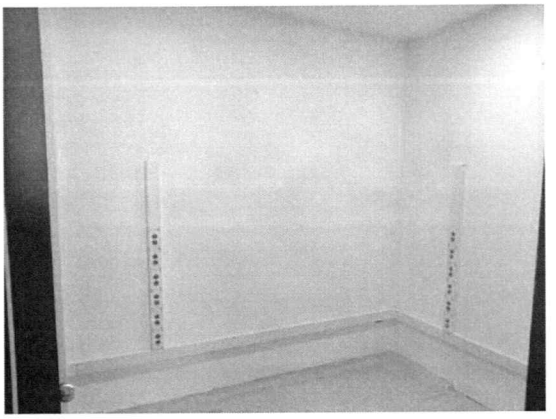


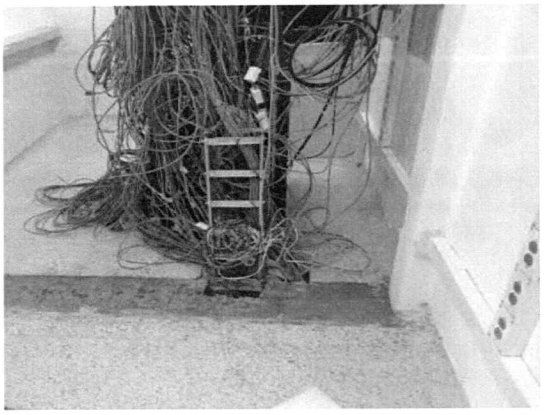


18. Arreglos en cuarto técnico RACK y en la antigua oficina de control interno lo cual se realizará la demolición en mampostería con resanes de muros, pisos y viga superior, estuco y pintura.

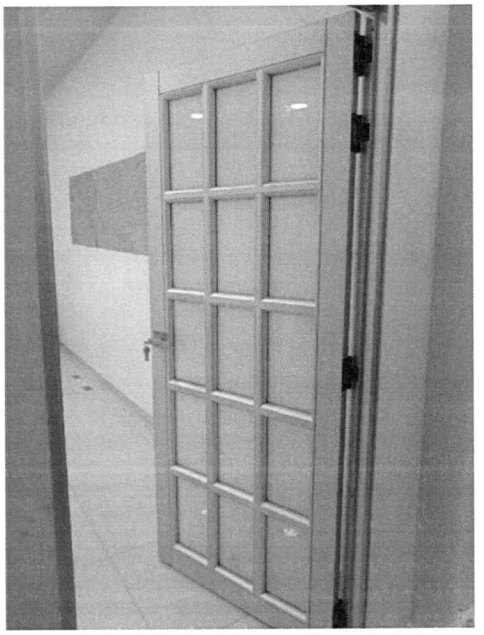


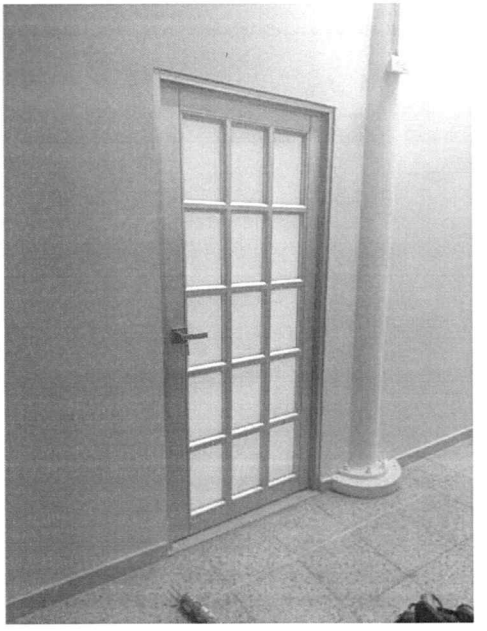




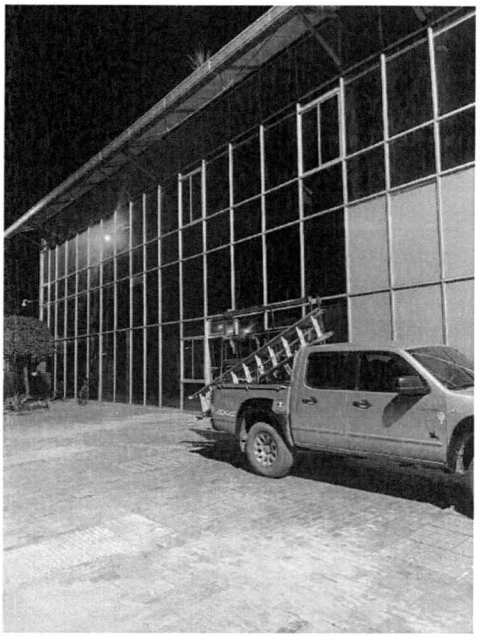


19. Fabricar e instalar la puerta y ventana en aluminio y vidrio para la sala de capacitación.

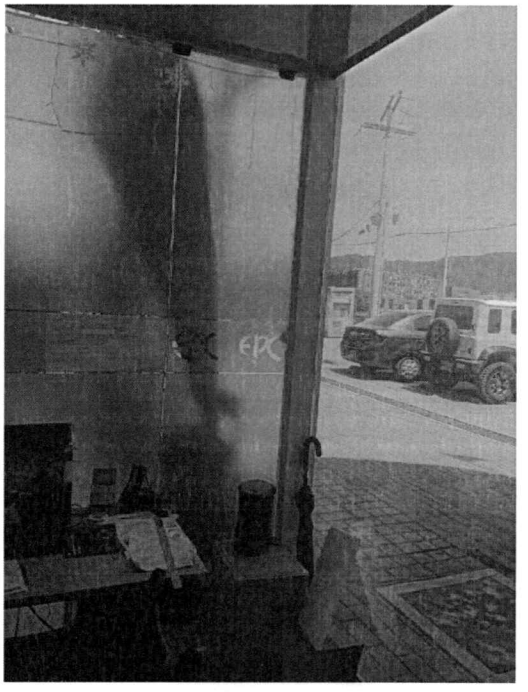




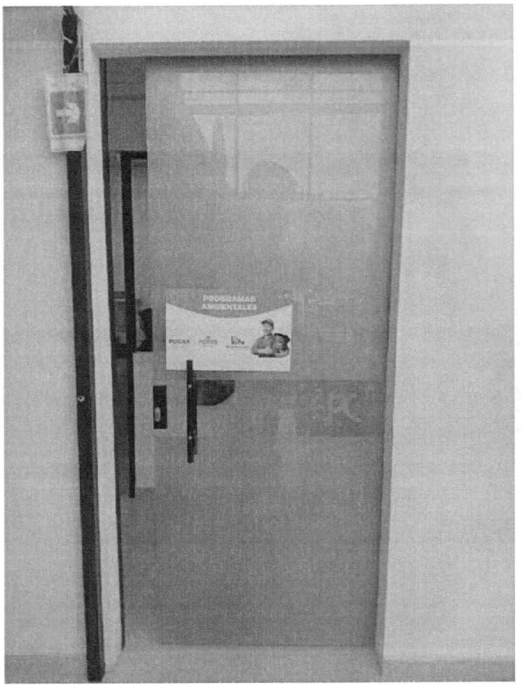
20. Instalación de películas en las oficinas de la Dirección Comercial.

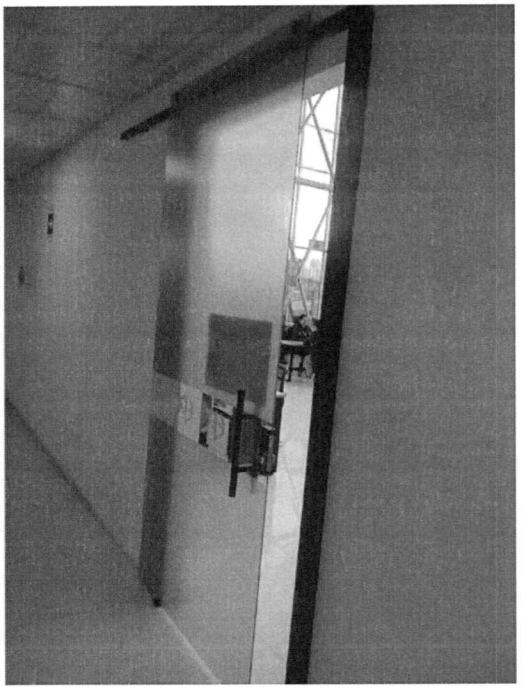


21. Instalación vidrio templado en la oficina de la Dirección Comercial.

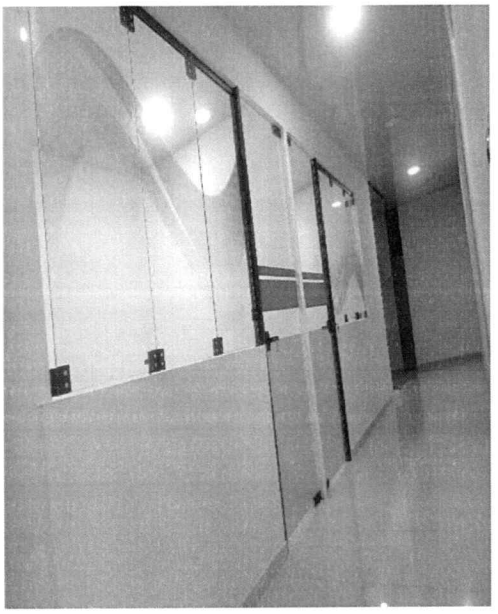


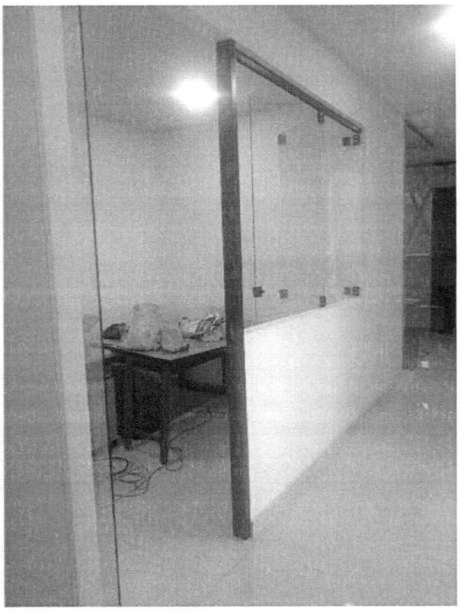
22. Instalación de una puerta divisoria en el pasillo de la Dirección Comercial.

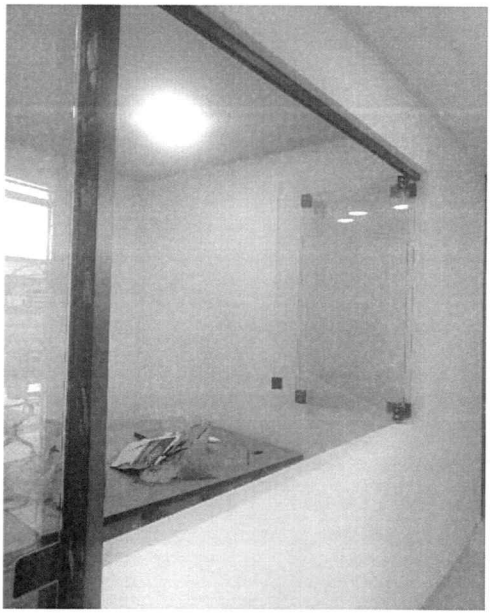


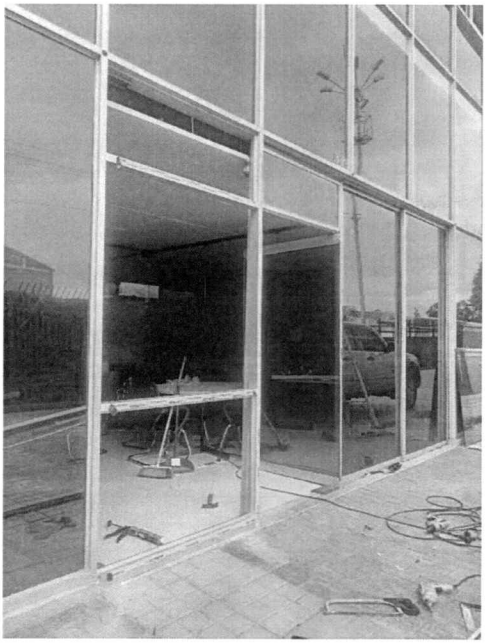
23. Fabricar e instalar dos puertas ventanas en aluminio y vidrios templados corredizos en las nuevas oficinas de PGIRS y PUEFAAC.







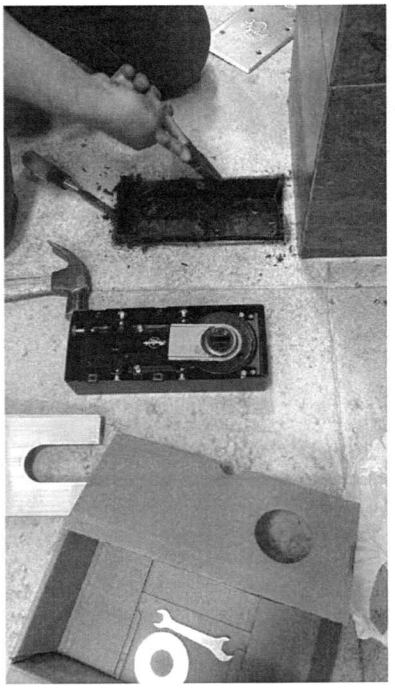
24. Fabricar e instalación de dos ventanas para las oficinas de la Dirección Comercial.



25. Accesorios varios para la instalación de puertas en la oficina de atención al usuario.



26. Realizar mantenimiento y arreglos a la puerta en vidrio del baño de mujeres del primer piso.





**TALLER INDU VILLARRAGA SAS**
**NIT: 900.914.307 - 3**

Cajicá, septiembre 2026

Señores:
**EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE CAJICÁ S.A. E.S.P.**

**Ref. Relación de personal vinculado a la empresa**

Por medio de la presente, **TALLER INDU VILLARRAGA S.A.S.** se permite certificar que las siguientes personas se encuentran actualmente vinculadas laboralmente a la empresa, desempeñando funciones acordes con los servicios que se prestan:

| DOCUMENTO | NOMBRES | EPS | PENSION | ARL | CARGO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC 1070020692 | Zabala Guzmán José Antonio | Famisanar | Porvenir | Sura | Operario |
| CC 11438551 | Fernández Millán Jimmy Antonino | Famisanar | Protección | Sura | Operario |
| CC 13926700 | Barajas Sandoval Mauricio | Famisanar | Porvenir | Sura | Operario |
| CC 13927726 | Barajas Sandoval Luis Ernesto | Nueva Eps | Protección | Sura | Operario |
| CC 2968518 | Laiton Velandia Luis Alexander | Famisanar | Colpensiones | Sura | Operario |
| CC 79966812 | Zarate Beltrán Weymar Edilson | Famisanar | Colpensiones | Sura | Operario |

La presente relación se expide a solicitud del interesado y para los fines administrativos que estime pertinentes, especialmente para su presentación ante la Empresa de Servicios Públicos de Cajicá S.A. E.S.P.

**PEDRO PABLO VILLARRAGA PRIETO.**
**Representante Legal**
C.C. 79.186.161 de Cajicá
CAJICÁ – Vda. Puente Vargas – Sector La Camila
Cel. 315 350 2388
Correo: pvillarraga@hotmail.com

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012635081

No. de Radicación SAT
30235996

Fecha de Radicación
02 02 2026

## 1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

## A. AFILIACIÓN

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

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| ZABALA | GUZMAN | JOSE | ANTONIO |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1070020692 | Femenino<br>Masculino X | T<br>NB<br>Otro<br>Cual | |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 13 04 1998 |

### 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<br>NO X | | SI<br>NO | Nivel | Grupo | |

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

26. Residencia

Cabezera Municipal
Rural Disperso
Centro Poblado
Resto Rural

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

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino<br>Masculino | T<br>NB<br>Otro<br>Cual | |

| 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 |
|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

51. Datos de residencia

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

| | Dirección | Localidad / Comuna | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

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

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

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| TALLER INDU VILLARAGA SAS | NT | 900914307 | |

| 59. Ubicación | | | |
|---|---|---|---|
| VDA PUENTE VARGAS SEC LA | 3502388 | CAJICA | CUNDINAMARCA |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación | 2. Corrección de datos básicos de identificación | 3. Actualización del documento de identidad |
4. Actualización y corrección de datos complementarios | 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código | 6. Reporte de pago a través de un tercero Código |
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar X
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | 11. Inscripción EPS retorno al país | 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo | X B. Régimen Subsidiado |
15. Traslado: A Mismo Regimen | 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

| Tipo de documento de identidad | Numero del documento de identidad | 62. Sexo biologico Femenino / Masculino | 63. Sexo identificación Femenino / Masculino / T / Otro / Cual | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | 02 02 2026 | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
70. Declaración de la no obligacion de afiliarse al Regimen 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 condicion 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. Autorizacion 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. Autorizacion para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribucion Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptacion de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribucion Solidaria, segun 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

## X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — CN | PC | 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° 1.7.5 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

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

| 92. Identificacion de la Entidad Territorial | | 93. Nombre de la institucion |
|---|---|---|
| Codigo del municipio | Codigo del departamento | |

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

| 94. Apellidos y nombres | | |
|---|---|---|
| Tipo de documento de identidad | Numero del documento de identidad | 95. Firma del funcionario |
| 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación | OBSERVACIONES: CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES |

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.

Versión vigente

Cambio Empleo

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:

**JOSE ANTONIO ZABALA GUZMAN,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.070.020.692**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Febrero 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.

ARL | sura

Medellín, 31 de January 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 TALLER INDU VILLARRAGA SAS.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 3 | Porcentaje Cotización: | 2.436 % | |
| C1070020692 | ZABALA GUZMAN JOSE ANTONIO | 02/02/2026 | | 22127146 | 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 31/01/2026 13:02:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.104.173.51, 192.230.104.13, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

• • • • • • • • • • •
9012635064

No. de Radicación SAT
30235978

Fecha de Radicación
02 02 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. Contribución solidaria | 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7. Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación<br>B. Reporte de Novedades X | A. Individual:<br>- Cotizante o cabeza de familia X<br>- Beneficiario o afiliado adicional<br>B. Colectiva<br>C. Institucional<br>D. De oficio | A. Contributivo<br>B. Subsidiado X | SI<br>NO | A. Cotizante X<br>B. Cabeza de familia<br>C. Beneficiario<br>D. Afiliado adicional | A. Dependiente X<br>B. Independiente<br>C. Pensionado | |

A. AFILIACIÓN

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

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| FERNANDEZ | MILLAN | JYMY | ANTONINO |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 11438551 | Femenino Masculino X | F NB Otro Cual | |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 01 07 1973 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | Categoría discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBEN | 20. Clasificación SISBEN | | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI NO X | | SI NO | Nivel | Grupo | |

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

26. Residencia

Cabezera Municipal | Rural Disperso | Centro Poblado | Resto Rural

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

| 27. Apellidos y nombres | |
|---|---|
| | |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino<br>Masculino | F NB Otro Cual | |

| 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 |
|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

Datos complementarios del beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN | 48. Clasificación SISBEN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

51. Datos de residencia

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

| | Dirección | Localidad / Comuna | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

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

C
B1
B2
B3
B4
B5

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

## 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) |
|---|---|---|---|
| TALLER INDU VILLARAGA SAS | NT | 900914307 | |

| 59. Ubicación | | | |
|---|---|---|---|
| VDA PUENTE VARGAS SEC LA | 3502388 | CAJICA | CUNDINAMARCA |

## 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 X
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | 11. Inscripción EPS retorno al país | 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | 14. Movilidad A. Régimen Contributivo X B. Regimen Subsidiado
15. Traslado A Mismo Regimen | B. Diferente Regimen | 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia | 17. Reporte del tramite de protección al cesante
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado | 19. Reporte de la calidad de Pensionado | 20. Ingreso a Contribucion Solidaria | 21. Retiro de Contribución Solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos basicos de identificación

| Tipo de documento de identidad | Numero del documento de identidad | 62. Sexo biologico | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino / Masculino | Femenino / Masculino / Otro / Cual | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | 02 02 2026 | Codigo | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligacion 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 condicion 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 Contribucion Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribucion Solidaria, segun 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

## X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN | PC | 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 2.1.7.5 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

| 92. Identificación de la Entidad Territorial | | 93. Nombre de la Institucion |
|---|---|---|
| Codigo del municipio | Codigo del departamento | |

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

| 94. Apellidos y nombres | | |
|---|---|---|
| Tipo de documento de identidad | Numero del documento de identidad | 95. Firma del funcionario |
| 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación | OBSERVACIONES. CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES |

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.

Cambio Empleo

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **FERNANDEZ MILLAN JYMY ANTONINO** identificado(a) con **CC** número **11.438.551** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 1995 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 02 de febrero 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://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

ARL | sura

Medellín, 31 de January 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 TALLER INDU VILLARRAGA SAS.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 3 | Porcentaje Cotización: | 2.436 % | |
| C11438551 | FERNANDEZ MILLAN JYMMY ANTONIO | 02/02/2026 | | hvM22115 | 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 31/01/2026 13:00:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.104.173.51, 192.230.104.13, 172.16.42.57

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012635125

No. de Radicado SAT: 30236047

Fecha de Radicación: 02 02 2026

## 1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

## A. AFILIACIÓN

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

| 8. Apellidos y nombres | | |
|---|---|---|
| BARAJAS | SANDOVAL | MAURICIO |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 13926700 | Femenino<br>Masculino X | F NB Otra Cual | |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 12 10 1974 |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | Categoría discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBEN | 20. Clasificación SISBEN | | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI NO X | | SI NO | Nivel | Grupo | |

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

| 26. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del conyuge 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 | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino<br>Masculino | F NB Otra Cual | |

| 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 |
|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

### Datos complementarios del beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN | 48. Clasificación SISBEN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

### 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 (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad / Comuna | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

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

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

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| TALLER INDU VILLARAGA SAS | NT | 900914307 | |

| 59. Ubicación | | | |
|---|---|---|---|
| VDA PUENTE VARGAS SEC LA | 3502388 | CAJICA | CUNDINAMARCA |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación | 2. Corrección de datos básicos de identificación | 3. Actualización del documento de identidad |
4. Actualización y corrección de datos complementarios | 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código | 6. Reporte de pago a través de un tercero Código |
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar X
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | 11. Inscripción EPS retorno al país | 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | 14. Movilidad A. Régimen Contributivo | B. Régimen Subsidiado |
15. Traslado: A.Mismo Regimen | 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 SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico Femenino / Masculino | 63. Sexo identificación Femenino / Masculino / T / NB / Otro / Cual | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | 02 02 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

## X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — CN | PC | TI | CC | PA | CE | CD | SC
Cantidad — TOTAL ANEXOS

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

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

| 92. Identificación de la Entidad Territorial | | 93. Nombre de la institucion |
|---|---|---|
| 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 | | |
|---|---|---|
| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario |
| 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación | OBSERVACIONES: CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES |

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.

Cambio Empleo

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:

**MAURICIO BARAJAS SANDOVAL,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **13.926.700**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

ARL | sura

Medellín, 31 de January 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 TALLER INDU VILLARRAGA SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL | | | Clase: 3 | Porcentaje Cotización: 2.436 % | | |
| C13926700 | BARAJAS SANDOVAL MAURICIO | 02/02/2026 | | 23319113 | 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 31/01/2026 13:05:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.104.173.51, 192.230.104.13, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 02/02/2026, el empleador TALLER INDU VILLARRAGA SAS identificado con NIT número 900914307 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 9896197 | 02/02/2026 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 13927726 | LUISERNESTO BARAJAS SANDOVAL | 1750905 | OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS | 2026-02-02 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Febrero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **BARAJAS SANDOVAL LUIS ERNESTO** identificado(a) con **CC** número **13.927.726** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2004 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 02 de febrero 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://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

ARL | sura

Medellín, 31 de January 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 TALLER INDU VILLARRAGA SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 3 | Porcentaje Cotización: | 2.436 % | |
| C13927726 | BARAJAS SANDOVAL LUIS ERNESTO | 02/02/2026 | | 13220219 | 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 31/01/2026 13:07:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.104.173.51, 192.230.104.13, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012634950

No. de Radicación SAT: 30235828

Fecha de Radicación: 02 02 2026

## 1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

## A. AFILIACIÓN

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

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| LAITON | VELANDIA | LUIS | ALEXANDER |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 2968518 | Femenino: Masculino: X | F: M: Otro: | |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 04 07 1977 |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

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

| 26. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| CL 5 3E CAJCAUN | 3208240334 | | JUANMPNK@HOTMAIL.COM |
| DISTRITO CAPITAL | | Cabecera Municipal: Rural Disperso: Centro Poblado: Resto Rural: | |

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

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino: Masculino: | F: M: Otro: | |

| 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 |
|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

### 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 (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad / Comuna | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

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

C NORDVITAL IPS S.A.S. - SEDE CAJICA

B1

B2

B3

B4

B5

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
8624

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

55. Nombre o razón social
TALLER INDU VILLARAGA SAS

56. Tipo de documento de identificación
NT

57. Número del documento de identificación
900914307

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

59. Ubicación
VDA PUENTE VARGAS SEC LA

3502388

CAJICA

CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación | 2. Corrección de datos básicos de identificación | 3. Actualización del documento de identidad |
4. Actualización y corrección de datos complementarios | 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código | 6. Reporte de pago a través de un tercero Código |
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar X
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | 11. Inscripción EPS retorno al país | 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | 14. Movilidad: A Régimen Contributivo | B. Régimen Subsidiado |
15. Traslado: A Mismo Regimen | 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

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

62. Sexo biológico
Femenino | Masculino

63. Sexo identificación
Femenino | Masculino | T | OE | Otro | Cual

64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior
NINGUNA

66. Fecha de novedad
02 02 2026

67. Motivo de traslado
Código

68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

X 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
X 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

X 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
X 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
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 hara cargo del pago de la Contribucion Solidaria

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad | CN | PC | 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 2.1.7.5 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio | Código del departamento

93. Nombre de la institución

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

94. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación

97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:
CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES

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.

Fui

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012634950

## CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | X | |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | X | |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | X | |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? | X | |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | X | |
| ¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? | X | |

## AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACION y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013)*

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: LUIS ALEXANDER LAITON VELANDIA Identificación: CC 2968518

## AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es.

SI NO X

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: LUIS ALEXANDER LAITON VELANDIA Identificación: CC 2968518

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

## FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS ALEXANDER LAITON VELANDIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **2968518,** se encuentra afiliado/a desde **14/09/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de febrero de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 31 de January 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 TALLER INDU VILLARRAGA SAS.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 3 | Porcentaje Cotización: | 2.436 % | |
| C2968518 | LAITON VELANDIA LUIS ALEXANDER | 02/02/2026 | | 20914552 | 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 31/01/2026 12:53:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.104.173.51, 192.230.104.13, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012635023

No. de Radicación SAT: 30235920

Fecha de Radicación: 02 02 2026

## 1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación | B. Reporte de Novedades: 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. 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: X | B. Independiente | C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

## A. AFILIACIÓN

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

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| ZARATE | BELTRAN | WEYMAR | EDILSON |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 79966812 | Femenino: — Masculino: X | F: — NB: — Otro: — Cual: | |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 11 01 1977 |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

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

26. Residencia

Cabecera Municipal: — Rural Disperso: — Centro Poblado: — Resto Rural: —

### 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 | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| | | | |

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

| 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 |
|---|---|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

Datos complementarios del beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN | 48. Clasificacion SISBEN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

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 (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad / Comuna | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

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

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

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| TALLER INDU VILLARAGA SAS | NT | 900914307 | |

| 59. Ubicación | | | |
|---|---|---|---|
| VDA PUENTE VARGAS SEC LA | 3502388 | CAJICA | CUNDINAMARCA |

## 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 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 Regimen | 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 Contribucion Solidaria | 21. Retiro de Contribución Solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico Femenino / Masculino | 63. Sexo identificación Femenino / Masculino / T / NB / Otro / Cual | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | 02 02 2026 | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
70. Declaración de la no obligacion de afiliarse al Regimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaracion 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 Contribucion 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

## X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

| | CN | PC | 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 publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura publica 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 perdida 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 2.1.7.5 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. Identificación de la Entidad Territorial | | 93. Nombre de la institución |
|---|---|---|
| Codigo 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 | Numero del documento de identidad | 95. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

| 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | CARGO: SOLDADOR |

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

Vigilado Supersalud

Cambio Empleo

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WEYMAR EDILSON ZARATE BELTRAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79966812,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2002** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de febrero de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
## NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 2 de Febrero de 2026

**A QUIEN INTERESE**

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

| | |
|---|---|
| Tipo de Identificación | : CC |
| No. de Identificación | : 1070020692 |
| Nombre | : JOSE ANTONIO ZABALA GUZMAN |
| Empresa/Contratante | : TALLER INDU VILLARRAGA SAS |
| Tipo Idenficación Empresa | : NT |
| No. Identificación Empresa | : 900914307 |
| Fecha de Afiliación a CCF | : 2026/02/02 |
| Fecha de Ingreso a la empresa | : 2026/02/02 |
| Estado | : Afiliado |
| Categoría | : A |

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
**GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL**
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código GKvuYF4CH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

ARL | sura

Medellín, 31 de January 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 TALLER INDU VILLARRAGA SAS.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 3 | Porcentaje Cotización: | 2.436 % | |
| C79966812 | ZARATE BELTRAN WEYMAR EDILSON | 02/02/2026 | | 19431821 | 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 31/01/2026 12:57:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.104.173.51, 192.230.104.13, 172.16.42.57

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Periodo: | 2024 - 2025 |
|---|---|---|---|
| | | Diseñado por: | Ricardo Quiroga |
| | FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | Revisado por: | Leonardo Nieto |
| | | Versión | 001 |

| FECHA DE ENTREGA | | | NOMBRE DEL TRABAJADOR | CASCO | GUANTES | TAPABOCAS | GAFAS DE SEGURIDAD | TAPA OÍDOS | EPP SOLDADURA | ROPA DE TRABAJO | CALZADO DE SEGURIDAD | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | M | A | | | | | | | | | | |
| 02 | 09 | 26 | Jose Antonio Zabala | X | X | X | X | X | X | X | X | Jose Zabala |
| 02 | 09 | 26 | Jimmy Fernandez | X | X | X | X | X | X | X | X | Jimmy Fernandez |
| 02 | 09 | 26 | Mauricio Barajas | X | X | X | X | X | X | X | X | Mauricio Barajas |
| 02 | 09 | 26 | Luis Ernesto Barajas | X | X | X | X | X | X | X | X | Luis Barajas |
| 02 | 09 | 26 | Alexander Leiton | X | X | X | X | X | X | X | X | Leiton Alexander |
| 02 | 09 | 26 | Weymar Zarate | X | X | X | X | X | X | X | X | Zarate Weymar |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Periodo: | 2026 |
|---|---|---|---|
| | | Diseñado por: | Ricardo Quiroga |
| | CRONOGRAMA DE INSPECCIONES PLANEADAS | Revisado por: | Leonardo Nieto |
| | | Versión | 001 |

| TIPO DE INSPECCIÓN | RESPONSABLE | FRECUENCIA | 2026 | | | | | | EVIDENCIA | REQUIERE ACCIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | | |
| Inspección Botiquín | Responsable SST | TRIMESTRAL | | X | | | X | | Formato inspección botiquín | Deben comprarse los insumos faltantes y reponer los que se gasten. |
| Inspección a extintores | Responsable SST | TRIMESTRAL | | X | | | X | | Formato inspección a extintores | Cambio de extintor por deterioro o por vencimiento. |
| Inspección general | Responsable SST | SEMESTRAL | | X | | | | | Formato inspección general | Según hallazgos. |
| Inspección de orden y aseo | Responsable SST | TRIMESTRAL | | X | | | X | | Formato inspección orden y aseo general | Según hallazgos. |
| Inspección locativa | Responsable SST | SEMESTRAL | | X | | | | | Formato inspección locativa a instalaciones | Según hallazgos. |

| | | |
|---|---|---|
| | SST-FO- 115 | |
| | INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PULIDORA | Versión 2 01/01/2025 |

| MES | 9 | AÑO | 2026 | EQUIPO No. 1 | MARCA: MAKITA |
|---|---|---|---|---|---|

Seleccione el estado de las herramientas según corresponda: B: Bueno, M: Malo, N/A: No aplica

| DESCRIPCIÓN | SEMANA 1 | | | SEMANA 2 | | | SEMANA 3 | | | SEMANA 4 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | BUENO | MALO | NO APLICA | BUENO | MALO | NO APLICA | BUENO | MALO | NO APLICA | BUENO | MALO | NO APLICA | OBSERVACIONES |
| Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas) | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del interruptor de encendido y su seguro | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del accesorio portadiscos | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del mango | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del cuerpo | | | | | | | | | | | | | |
| Estado general de la guía y la guarda | | | | | | | | | | | | | |
| Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.) | | | | | | | | | | | | | |
| Condiciones de orden y aseo | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE QUIEN SUPERVISA | | | | | | | | | | | | | |

Nota: El incumplimiento de cualquiera de los ítems invalida la aprobación del equipo por parte del supervisor.

REPORTE DE CONDICION SUBESTANDAR DEL EQUIPO O HERRAMIENTA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA | DESCRIPCIÓN DE LA FALLA PRESENTADA | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | SST-FO- 115 | Versión 2 01/05/2025 |
| | INSPECCIÓN PREOPERACIONAL AEROGRÁFO | |

| MES | 9 | AÑO | 2026 | EQUIPO No. 2 | MARCA: |
|---|---|---|---|---|---|

Seleccione el estado de las herramientas según corresponda: B: Bueno, M: Malo, N/A: No aplica

| DESCRIPCIÓN | SEMANA 1 | | | SEMANA 2 | | | SEMANA 3 | | | SEMANA 4 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | BUENO | MALO | NO APLICA | BUENO | MALO | NO APLICA | BUENO | MALO | NO APLICA | BUENO | MALO | NO APLICA | OBSERVACIONES |
| Estado de la Aguja | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del filtro de pintura | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de la tapa | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del vaso para pintura | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de la regulacion de pintura | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del flujo de aire | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del Gatillo | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de la Boquilla | | | | | | | | | | | | | |
| Condiciones de orden y aseo | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE QUIEN SUPERVISA | | | | | | | | | | | | | |

Nota: El incumplimiento de cualquiera de los ítems invalida la aprobación del equipo por parte del supervisor.

REPORTE DE CONDICION SUBESTANDAR DEL EQUIPO O HERRAMIENTA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA | DESCRIPCIÓN DE LA FALLA PRESENTADA | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**CERTIFICACIÓN PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

**PERSONA JURÍDICA**

Yo, **PEDRO PABLO VILLARRAGA PRIETO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **79.186.161** de Cajicá (Cundinamarca), en mi condición de Representante Legal de **TALLER INDU VILLARRAGA SAS**, con Nit. **900.914.307 - 3**, certifico que la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes.

Dada en Cajicá, a los veintiún (21) días del mes de septiembre del año 2026.

**FIRMA** _____
**PEDRO PABLO VILLARRAGA PRIETO**
**C.C. 79.186.161 de Cajicá**
**REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, **FELIX MARIA REYES PEREZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. **11.276.588** de Cajicá (Cundinamarca), y con Tarjeta Profesional No. **200789-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Contador Público de **TALLER INDU VILLARRAGA SAS,** identificado con Nit. **900.914.307 – 3,** luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que, esta ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes.

Dada en Cajicá, a los veintiún (21) días del mes de septiembre del año 2026.

**FIRMA** _____
**FELIX MARIA REYES PEREZ**
**C.C. 11.276.588 de Cajicá.**
**T.P. 200789-T**
**CONTADOR PÚBLICO.**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8 0 B 0 7 2 C 2 8 1 A 8 4 E 1 D

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **FELIX MARIA REYES PEREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 11276588 de CAJICA (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 200789-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * *

**TALLER INDU VILLARRAGA SAS**
**NIT: 900.914.307 - 3**

**EL SUSCRITO PEDRO PABLO VILLARRAGA DE TALLER INDU VILLARRA SAS**

**NIT: 900.914.307-3**

**CERTIFICA QUE:**

La Empresa TALLER INDU VILLARRA SAS certifica que durante las actividades que se desarrollaron durante los trabajos de mantenimiento del contrato de **CM-016-2026**, se acopiaron los siguientes materiales para su posterior disposición final cuya certificación se adjunta

- Residuos metálicos, varios inservibles 20 kilos

La presente se expide por solicitud del interesado en del mes septiembre de 2026 en el municipio de Cajicá departamento de Cundinamarca.

Cordialmente,

**PEDRO PABLO VILLARRAGA PRIETO**
**Representante Legal**

**C.C. No. 79.186.161 de Cajicá**

**CAJICA VDA PUENTE VARGAS SEC LA CAMILA CEL: 315 3502388**
**E-MAIL: pvillarraga@hotmail.com**

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.276.588**



**REYES PEREZ**
APELLIDOS

**FELIX MARIA**
NOMBRES

FELIX REYES PEREZ
FIRMA



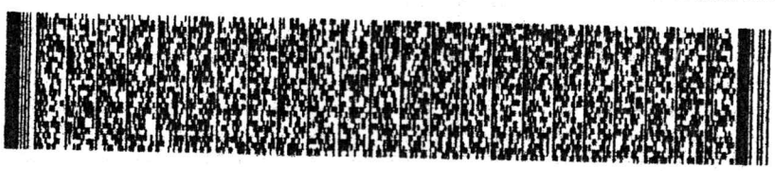
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUN-1985**
**BOGOTA D.C.**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.70** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**08-JUL-2003 CAJICA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1503100-39124177-M-0011276588-20040311 **00282** 040711 02 139545733


Republica de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
200789-T
FELIX MARIA
REYES PEREZ
C.C. 1127
RESOLUCION INSCRIPCION 193
UNIVERSIDAD PUBLI UNIV SAN MARTIN
FECHA 16/04/2015
DIRECTOR GENERAL
JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ
213411

# Certificado
# Bancario

Jueves, 18 de junio de 2026

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que TALLER INDU VILLARRAGA S.A.S identificado(a) con NIT 900914307, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 33552085294 | 2015/12/09 | ACTIVA |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

enlace operativo

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2026-09-01, 08:05:00 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 87837721

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

## PAGADO 01/09/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | TALLER INDU VILLARRAGA SAS | | |
| **Documento** | NI900914307 | **Dirección** | VTE 0 #0 - 0 VDA PTE VARGAS SEC LA CAMIL |
| **Tipo de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 8519802 |
| **Tipo Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | CAJICA | **Departamento** | CUNDINAMARCA |
| **Representante Legal** | VILLARRAGA PRIETO PEDRO PABLO | **Identificación** | CC 79186161 |
| **Total Afiliados** | 7 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1070020692 | JOSE ANTONIO ZABALA GUZMAN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.750.905 | $ 280.200 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.750.905 | $ 70.100 | 2,436 | $ 1.750.905 | $ 42.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 463.100 |
| CC 11438551 | JYMY ANTONINO FERNANDEZ MILLAN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.750.905 | $ 280.200 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.750.905 | $ 70.100 | 2,436 | $ 1.750.905 | $ 42.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 463.100 |
| CC 13926700 | MAURICIO BARAJAS SANDOVAL | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.750.905 | $ 280.200 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.750.905 | $ 70.100 | 2,436 | $ 1.750.905 | $ 42.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 463.100 |
| CC 13927726 | LUIS ERNESTO BARAJAS SANDOVAL | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 1.750.905 | $ 280.200 | (EPS041) NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD | $ 1.750.905 | $ 70.100 | 2,436 | $ 1.750.905 | $ 42.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 463.100 |
| CC 2968518 | LUIS ALEXANDER LAITON VELANDIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.750.905 | $ 280.200 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.750.905 | $ 70.100 | 2,436 | $ 1.750.905 | $ 42.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 463.100 |
| CC 79186161 | PEDRO PABLO VILLARRAGA PRIETO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 3.282.000 | $ 525.200 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 3.282.000 | $ 131.300 | 2,436 | $ 3.282.000 | $ 80.000 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 3.282.000 | $ 131.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 867.800 |
| CC 79966812 | WEYMAR EDILSON ZARATE BELTRAN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.750.905 | $ 280.200 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.750.905 | $ 70.100 | 2,436 | $ 1.750.905 | $ 42.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.750.905 | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 463.100 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 13.787.430 | $ 13.787.430 | $ 13.787.430 | $ 13.787.430 | $ 2.206.400 | $ 551.900 | $ 336.200 | $ 551.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.646.400 | $ 0 | $ 3.646.400 |



Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 ·
Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

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

EXPERTOS en PILA

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

enlace operativo

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2026-09-01, 08:01:30 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2026 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | septiembre de 2026 |
| **Empresa** | TALLER INDU VILLARRAGA SAS |
| **NIT** | NI 900914307 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 87837721 |
| **Tipo de Planilla** | E |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 614173301 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 3.646.400 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.suaporte.com.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 2 | $ 560.400 | $ 0 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 1 | $ 280.200 | $ 0 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 4 | $ 1.365.800 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS | 1 | $ 70.100 | $ 0 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 5 | $ 411.700 | $ 0 |
| N900156264 | EPS041 | CMRC.RECA.FOSYGA-NUEVAEPS R MOVILIDAD | 1 | $ 70.100 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 7 | $ 336.200 | $ 0 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 7 | $ 551.900 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 3.646.400 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 3.646.400 |



Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar

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

EXPERTOS en PILA

# SuAporte | Constancia de Pago Afiliados

**Nro Planilla:** 87837721 **Fecha de creación del** martes, 01 de septiembre de 2026 08:07:49 AM **Período de Cotización:** 2026-08

**Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Período de Servicio:** 2026-09

## PAGADA 01/09/2026

Se certifica que en la fecha 2026-09-01, la empresa TALLER INDU VILLARRAGA SAS con documento de identificación NI900914307, canceló los aportes de seguridad social correspondientes a los siguientes empleados y dirigido a las siguientes entidades:

**DATOS DE LOS AFILIADOS**

| 1. Documento | 2. Apellidos y Nombres | 3. AFP | 4. EPS | 5. ARP | 6. CCF | 7. Pagó ICBF | 8. Pagó SENA | 9. Pagó FSP | 10. Pagó MEN | 11. Pagó ESAP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1070020692 | ZABALA GUZMAN JOSE ANTONIO | PORVENIR | FAMISANAR EPS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | NO | NO | NO | NO | NO |
| CC 11438551 | FERNANDEZ MILLAN JYMY ANTONINO | COLPENSIONES | FAMISANAR EPS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | NO | NO | NO | NO | NO |
| CC 13926700 | BARAJAS SANDOVAL MAURICIO | PORVENIR | FAMISANAR EPS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | NO | NO | NO | NO | NO |
| CC 13927726 | BARAJAS SANDOVAL LUIS ERNESTO | PROTECCION | NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD | ARL SURA | COMPENSAR CCF | NO | NO | NO | NO | NO |
| CC 2968518 | LAITON VELANDIA LUIS ALEXANDER | COLPENSIONES | EPS SANITAS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | NO | NO | NO | NO | NO |
| CC 79186161 | VILLARRAGA PRIETO PEDRO PABLO | COLPENSIONES | FAMISANAR EPS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | NO | NO | NO | NO | NO |
| CC 79966812 | ZARATE BELTRAN WEYMAR EDILSON | COLPENSIONES | FAMISANAR EPS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | NO | NO | NO | NO | NO |



Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

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

TALLER INDU VILLARRAGA SAS, fecha de consulta: 2026

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de pago** | | 2026-03-02 | | | | | |
| **Referencia pago/ Número planilla** | | 84007413 | **Planilla Corregida** | | | | |
| **Período de Cotización** | | 202602 | **Nombre de la Sucursal** | | | | |
| **Período de Servicio** | | 202603 | **Código de la Sucursal** | | | | |
| **Planilla de tipo** | | (E) PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. | **Tipo de Empleados** | ACTIVO | | | |
| **Nit** | **Código** | **Nombre Administradora** | **Afiliados** | **Valor Mora** | **Valor Aporte** | **Valor Pagado** | |
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 2 | $ 0 | $ 541.800 | $ 541.800 | |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 2 | $ 0 | $ 541.800 | $ 541.800 | |
| N800251440 | EPS005 | EPS SANITAS | 1 | $ 0 | $ 67.800 | $ 67.800 | |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR EPS | 5 | $ 0 | $ 362.500 | $ 362.500 | |
| N860066942 | CCF24 | COMPENSAR CCF | 7 | $ 0 | $ 498.100 | $ 498.100 | |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 7 | $ 0 | $ 303.400 | $ 303.400 | |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS | 1 | $ 0 | $ 67.800 | $ 67.800 | |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 3 | $ 0 | $ 907.000 | $ 907.000 | |
| | | | | | **Total Pagado** | $ 3.290.200 | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de pago** | | 2026-02-03 | | | | | |
| **Referencia pago/ Número planilla** | | 83396120 | **Planilla Corregida** | | | | |
| **Período de Cotización** | | 202601 | **Nombre de la Sucursal** | | | | |
| **Período de Servicio** | | 202602 | **Código de la Sucursal** | | | | |
| **Planilla de tipo** | | (E) PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. | **Tipo de Empleados** | ACTIVO | | | |
| **Nit** | **Código** | **Nombre Administradora** | **Afiliados** | **Valor Mora** | **Valor Aporte** | **Valor Pagado** | |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR EPS | 1 | $ 0 | $ 91.300 | $ 91.300 | |
| N860066942 | CCF24 | COMPENSAR CCF | 1 | $ 0 | $ 91.300 | $ 91.300 | |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 0 | $ 55.600 | $ 55.600 | |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 0 | $ 365.200 | $ 365.200 | |
| | | | | | **Total Pagado** | $ 603.400 | |



Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 ·

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

EXPERTOS en PILA

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD<br>CERTIFICACIÓN DE EVALUACIÓN Y PAGO A CONTRATISTAS | Cod: CTFR-02<br>Fecha: 26/05/2025<br>Versión: 14 |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATISTA:** | **TALLER INDU VILLARRAGA SAS** | | | **CONTRATO No:** | **CM-016-2026** |
| **NUMERO DE CDP:** | **20260578** | | **NUMERO REGISTRO PRESUPUESTAL:** | | **2026069** |
| **VALOR CONTRATO:** | **$ 348.179.482,00** | **VALOR ADICIONES:** | **$ 0,00** | **VALOR TOTAL:** | **$ 348.179.482,00** |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | **REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, REPARACIONES Y-O MEJORAS LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE CAJICÁ S.A. E.S.P.** | | | | |

| **PRORROGA** | | | **SUSPENSIÓN** | | | **REINICIO** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SI / NO** | **Desde** | **Hasta** | **SI / NO** | **Desde** | **Hasta** | **SI / NO** | **Desde** | **Hasta** |
| **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** |

**DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES ENTREGADOS O SERVICIOS PRESTADOS DURANTE EL PERIODO A PAGAR**

1. Mantenimiento y fabricación de estantería metálica cual se elabora en Angulo de 2" por 1/4 con entrepaños de 80 cm entre uno y otro en madera OSB estructural de 15 mm para el almacén de la EPC.
2. Fabricación, Instalación y mantenimiento de muro de 14 metros de largo por 2.40 de alto, en estructura tipo aluminio con refuerzo cada 60 cm y parales de 9cm y lámina en drywall de 12 mm para una terminación del muro de ancho de 12 cm.
3. Instalación, mantenimiento y fabricación de estantería metálica en tubería cuadrada de 1" calibre 16 con entrepaños en madera tipo MDF de 9 mm dejando bloques de archivadores de 40 cm de ancho por 40 cm de fondo y 2.40 de alto para la ampliación del archivo central en la EPC en un área de 48m2.
4. Realizar el mantenimiento a reja y puerta corrediza entrada principal y parqueadero portería de la EPC, instalando laminas en rejas frontal, lo cual consta de lijado greteado y aplicar pintura tipo anticorrosivo y pintura en terminación en esmalte además se instalarán lámina calibre 20 en un área de 6 metros por 3 metros también se realizará el cambio de rodachinas y engrase del riel corredizo de la puerta.
5. Arreglos y adecuaciones locativos en el área del rack para habilitar cuarto de aseo en segundo piso, demolición de cerámica y adecuación de red sanitaria e hidráulica mampostería en bloque n# 4 pañete estuco y pintura, enchape del cuarto general fabricación de poseta y adecuación e instalación lava trapo arreglo y adecuación de estructura metálica de techo e instalación de lámina eterboard estuco y pintura.
6. Adecuación, fabricación e instalación de estructura metálica liviana en sistema drywall en el pasillo del primer piso que inicia al costado de los baños y se extiende hasta la esquina previa a la salida del edificio, correspondiente al área donde anteriormente funcionaban las oficinas de los programas ambientales, mantenimiento y fabricación de muro de 2 metros de largo por 2.40 de alto, en estructura tipo aluminio con refuerzo cada 60 cm y parales de 9cm y lámina en drywall de 12 mm para una terminación del muro de ancho de 12 cm.
7. Mantenimiento, fabricación e instalación de estante metálico para organizar material eléctrico y electrónico de cuarto de almacenamiento de equipos tecnológicos ubicado en el primer piso de la EPC lo cual se fabricará en tubería cuadrada de 1" de calibre 16 y entrepaño de madera MDF de 9 mm.
8. Arreglos y reparaciones varias en baños de los operarios de alcantarillado, cambio de llaves de los lavamanos, cambio de válvula de la ducha, cambio del árbol del sanitario y cambio de teja plástica.
9. Hacer chaceo y anclaje para asegurar y garantizar estabilidad a los lockers en el área de duchas de los operarios. Realizar 56 anclajes a muro y la instalación de 28 escuadras a 14 cuerpos de lockers.
10. Arreglos varios en baños de hombres y mujeres en el primer piso de la EPC, se realizará la demolición para la reubicación de la red sanitaria de orinales en baños hombres y la demolición y adecuaciones red sanitario de baño de mujeres e instalación de dos sanitarios y remate de enchape.
11. Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de lijado limpieza y pintura en muros y estructura metálica en sala de juntas y oficina de gerencia en un área de 140 mtrs cuadrados. Para los muros aplicará pintura a base de agua y para la estructura metálica aplicar pintura a base de aceite.
12. Mantenimiento, ajuste y aseguramiento de estantes ubicados en la nueva oficina de Contratación.
13. Adecuación de mesa de trabajo para la Oficina Jurídica.
14. Arreglo pasamanos de la escalera hacia el segundo piso.
15. Retirar la cortina metálica de la antigua oficina de PGIRS.
16. Arreglos e instalación de divisiones en vidrio en la antigua oficina de Contratación.
17. Arreglos y pintura en la oficina de control interno.
18. Arreglos en cuarto técnico RACK y en la antigua oficina de control interno lo cual se realizará la demolición en mampostería con resanes de muros, pisos y viga superior, estuco y pintura.
19. Fabricar e instalar la puerta y ventana en aluminio y vidrio para la sala de capacitación.
20. Instalación de películas en las oficinas de la Dirección Comercial.
21. Instalación vidrio templado en la oficina de la Dirección Comercial.
22. Instalación de una puerta divisoria en el pasillo de la Dirección Comercial.
23. Fabricar e instalar dos puertas ventanas en aluminio y vidrios templados corredizos en las nuevas oficinas de PGIRS y PUEFAAC.
24. Fabricar e instalación de dos ventanas para las oficinas de la Dirección Comercial.
25. Accesorios varios para la instalación de puertas en la oficina de Atención al usuario.
26. Realizar mantenimiento y arreglos a la puerta en vidrio del baño de mujeres del primer piso.

**CONTROL DE GARANTIAS CONTRACTUALES**

| **COMPAÑIA ASEGURADORA:** | **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **AMPARO** | **POLIZA No.** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO** | **FECHA APROBACION** |
| | | **DESDE** | **HASTA** | | |
| CUMPLIMIENTO | 21-45-101522012 | 27/08/2026 | 30/04/2027 | $ 69.635.896,40 | 27/08/2026 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | 21-45-101522012 | 27/08/2026 | 30/04/2027 | $ 69.635.896,40 | 27/08/2026 |
| SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES | 21-45-101522012 | 27/08/2026 | 31/12/2029 | $ 34.817.948,20 | 27/08/2026 |

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE INICIO** | 27/08/2026 | **TIEMPO DE EJECUCION:** | HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2026, CONTADO A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO O HASTA QUE SE AGOTE EL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO, LO QUE OCURRA PRIMERO. | **FECHA TERMINACION:** | 31/12/2026 |

**ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO**

| FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO | | | | | PORCENTAJE DE EJECUCION A LA FECHA (%) | SALDO POR EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE RADICACION | PERIODO DE COBRO | NUMERO DE LA FACTURA | FECHA DE LA FACTURA | VALOR DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO | | |
| 25/09/2026 | SEPTIEMBRE | FET 181 | 21/09/2026 | $ 198.869.944 | 57% | 149.309.538 |

| ACREDITACIÓN DE PAGO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DEL PROVEEDOR | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO | PLANILLA NUMERO | VALOR TOTAL PAGADO | SALUD | | PENSIÓN | | ARL | |
| | | | ENTIDAD | VALOR PAGO | ENTIDAD | VALOR PAGO | ENTIDAD | VALOR PAGO |
| SEPTIEMBRE | 87837721 | $ 3.646.400,00 | FAMISANAR-NUEVA EPS-SANITAS- | $ 551.900,00 | PORVENIR - COLPENSIONES-PROTECCION | $ 2.206.400,00 | SURA | $ 336.200,00 |
| | | | | | | | | |

| LISTA DE CHEQUEO PARA EL PAGO (cumple si - no -n/a) | | |
|---|---|---|
| CONCEPTO | CUMPLE | |
| | SI | NO |
| Factura | X | |
| Informe de ejecución contractual | X | |
| Verificación de saldos | | x |
| Otro, cuál: Planilla de seguridad social,certificación bancaria,curso de inducción,listado de personal datos y afiliaciones, uso de EPP, certificacion de disposición de residuos y uso de herramientas | X | |

| EVALUACION DEL CONTRATISTA | |
|---|---|
| CRITERIO EVALUADO | CALIFICACION ASIGNADA |
| Cumplimiento de plazos pactados para la entrega de obra, bien y/o servicio | 4 |
| Cumplimiento de especificaciones técnicas y/o de calidad | 4 |
| Cumplimiento de otras obligaciones contractuales | 4 |
| CALIFICACIÓN TOTAL | 12 |

| VALOR | CONCEPTO | CONCEPTO DEL CRITERIO EVALUADO |
|---|---|---|
| 4 | Excelente | El contratista excede las expectativas en elcriterio evaluado. |
| 3 | Satisfactorio | El contratista cumple a cabalidad con el criterioevaluado. |
| 2 | Regular | El contratista cumple parcialmente el criterioevaluado. |
| 1 | Insatisfactorio | El contratista no cumple con el criterio evaluado |

| CONCLUSIONES SEGÚN CALIFICACION FINAL DE LA EVALUACION DEL CONTRATISTA | | |
|---|---|---|
| **De 1 a 7 puntos** | **De 8 a 11 puntos** | **De 12 o superior** |
| Los bienes, obras y/o servicios entregados por el contratista no cumplen en algunos de los requisitos de acuerdo a las especificaciones contratadas. No se considera viable una futura contratación. | El contratista cumple básicamente con los requisitos mínimos para la entrega del bien, obra y/o servicios de acuerdo a las especificaciones contratadas. Debe mejorar su desempeño y aumentar la calificación. Se reevaluará su futura contratación. | El contratista cumple ampliamente con los requisitos para la entrega del bien, obra y/o servicios de acuerdo a las especificaciones contratadas y dentro del tiempo establecido. Se volverá a considerar su contratación. |

| OBSERVACIONES O COMENTARIOS DEL SUPERVISOR POR EL RESULTADO DE LA EVALUACION |
|---|
| |

| VERIFICACION POR PARTE DE SST, SGC Y AMBIENTAL (según aplique) | | SI | NO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| RICARDO QUIROGA | Profesional Universitario Calidad | X | | |
| ALEJANDRA SANCHEZ | Profesional Universitario Ambiental | X | | |
| ROCIO GONZALEZ | Profesional Universitario SST | X | | |

**DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y AUTORIZACION PARA EL PAGO**

En desarrollo de las funciones de supervisión, certifico que los documentos que soportan la presente certificación de evaluación y pago de contratistas, se encuentran verificados y que los mismos cumplen a entera satisfacción con los requisitos de ley y los exigidos en el contrato suscrito con el contratista. Como consecuencia de lo anterior, certifico que se ha cumplido con las funciones de verificación, vigilancia y control frente al concepto del pago solicitado. Así mismo como supervisor refiero el Artículo 83 de la Constitución Nacional que menciona "*Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas .* "

| NOMBRE SUPERVISOR (ES) DEL CONTRATO | | CARGO | | FIRMA | |
|---|---|---|---|---|---|
| JAVIER FRANCISCO RODRIGUEZ BELLO | | DIRECTOR ADMINISTRATIVO | | | |
| **PROYECTO:** | PAULA GALEANO MALAGÓN | **CARGO:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ADMINISTRATIVO | **FECHA:** | Septiembre- 2026 |

Empresa de Servicios Públicos de Cajicá S.A. E.S.P.
Servicios de Acueducto, Alcantarillado y Aseo.
Vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.
Nit: 832.002.386-5 NUIR : 25126000-2
Calle 3 Sur No 1 35 / Centro Multifenal y de Servicios,
Calahorra, Cajicá, Cundinamarca.
Horario de atención de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. de lunes a jueves
Viernes 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
www.epecajica.gov.co

| BENEFICIARIO | | No. ORDEN DE PAGO |
|---|---|---|
| Nit/Cedula | Nombre | |
| 900914307-3 | TALLER INDU VILLARRAGA SAS | 1715 |

| Cedula Representante | Representante Legal | Fecha de Orden | Fecha de Pago |
|---|---|---|---|
| 79187161 | PEDRO PABLO VILLARRAGA SAS | Septiembre 30 de 2026 | No Pagada |

| Tipo de Compromiso | Número de Documento | Vigencia |
|---|---|---|
| GASTOS DE LA VIGENCIA | CM-016-2026 | 2026 |

**CONCEPTO DE PAGO**

CM.016/2026.FACT.No.FET181. REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, REPARACIONES Y-O MEJORAS LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE CAJICÁ S.A. E.S.P

| Valor Orden Pago | Total Deduciones | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| $198,869,944.00 | $28,876,826.00 | $169,993,118.00 |

**FINANCIACIÓN VALOR DE LA ORDEN**

| Unidad | Rubro | Nombre Rubro | Nombre Código Producto | BPIN | Rp | Valor | Saldo Rp |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPR | 2.1.2.02.02.005.54790.202601 | Otros servicios de terminación y acabado de edificios (FF: RM - RECURSOS PROPIOS) | 0 - No aplica | 0 | RP: 20260696 | $198,869,944.00 | $149,309,538.00 |
| | | | | | TOTAL FINANCIACIÓN | **$198,869,944.00** | **$149,309,538.00** |

**DEDUCCIONES DE LA ORDEN**

| Deducción | Nombre | % | Valor Base | Valor Deducción |
|---|---|---|---|---|
| 1 | RETENCION EN LA FUENTE (SER) | 4.00 | $167,117,600.00 | $6,684,704.00 |
| 2 | RETENCION DE ICA (4390) | 8.00 | $167,117,600.00 | $1,336,941.00 |
| 5 | RETENCION IVA | 15.00 | $31,752,344.00 | $4,762,852.00 |
| 12 | ESTAMPILLA PRO-CULTURA 1% | 1.00 | $292,587,800.00 | $2,925,878.00 |
| 13 | ESTAMPILLA PRO DEPORTE 1% | 1.00 | $292,587,800.00 | $2,925,878.00 |
| 17 | ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR 3.5% | 3.50 | $292,587,800.00 | $10,240,573.00 |
| | | | **TOTAL DEDUCCIONES** | **$28,876,826.00** |

**MOVIMIENTO CAUSACIÓN ( 7 - 1171526 )**

| Cuenta | Nombre de la Cuenta | Nit | Nombre Tercero | Centro Costo | Débito | Crédito |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 51111202 | Planeacion corporativa | 900914307 | TALLER INDU VILLARRAGA SAS | 000 VARIOS | 167,117,600 | 0 |
| 24010102 | Servicios | 900914307 | TALLER INDU VILLARRAGA SAS | 000 VARIOS | 0 | 169,993,118 |
| 24360501 | Retención x Servicios 4% | 900914307 | TALLER INDU VILLARRAGA SAS | - | 0 | 6,684,704 |
| 24362759 | Act. ica term y acabados edif. obras ing. civil 8*1000 | 900914307 | TALLER INDU VILLARRAGA SAS | - | 0 | 1,336,941 |
| 24362501 | Impuesto a las ventas retenido por consignar | 900914307 | TALLER INDU VILLARRAGA SAS | - | 0 | 4,762,852 |
| 24079013 | Estampilla procultura | 900914307 | TALLER INDU VILLARRAGA SAS | - | 0 | 2,925,878 |
| 24079016 | Tasa pro deporte y recreación | 900914307 | TALLER INDU VILLARRAGA SAS | - | 0 | 2,925,878 |
| 24079014 | Estampilla bienestar adulto mayor | 900914307 | TALLER INDU VILLARRAGA SAS | - | 0 | 10,240,573 |
| 51111210 | IVA Mayor Valor del gasto Obras y Mejoras Prop.Ajena | 900914307 | TALLER INDU VILLARRAGA SAS | - | 31,752,344 | 0 |
| | | | | **SUMAS IGUALES** | **198,869,944** | **198,869,944** |

**MOVIMIENTO PAGO ( 2 - 1171526 )**

| Cuenta | Nombre de la Cuenta | Nit | Nombre Tercero | Centro Costo | Débito | Crédito |
|---|---|---|---|---|---|---|
| No se encontraron resultados | | | | | | |
| | | | | **SUMAS IGUALES** | **0** | **0** |

| No. | Observación |
|---|---|
| No se encontraron resultados | |

ELABORO

REVISO

PAGO

*Elaboró: ALVAREZ POVEDA YOLANDA*

**Empresa de Servicios Públicos de Cajicá S.A. E.S.P.**
Servicios de Acueducto, Alcantarillado y Aseo
Vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
**Nit:** 832.002.386-5 **NUIR,** 1-25126000-2
Calle 3 Sur No. 1-35 / Centro Multifamiliar y de Servicios,
Calahorra, Cajicá, Cundinamarca.
Horario de atención de 7:00 a. m. a 4:00p.m. de lunes a jueves
Viernes 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
www.epccajica.gov.co

icontec ISO 9001 SC-CER253674

# COMPROBANTE DE PAGOS

| Comprobante N° | Fecha |
|---|---|
| 2 - 1171526 | 02/10/2026 |

| Pagado A: | Forma de Pago: | Documentos Relacionados: |
|---|---|---|
| 900914307 - TALLER INDU VILLARRAGA SAS | ACH/2026 | RP: 20260696/2026 - CDP: 20260578/2026 |

**Por Concepto De:**

CM.016/2026.FACT.No.FET181. REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, REPARACIONES Y-O MEJORAS LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE CAJICÁ S.A. E.S.P

| Item | Cuenta | Nombre Cuenta | Debitos | Creditos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 24010102 | Servicios | $169,993,118.00 | $0.00 |
| 2 | 1110050509 | Davivienda 462569999057 recaudo | $0.00 | $169,993,118.00 |
| | | **SUMAS IGUALES -->** | **$169,993,118.00** | **$169,993,118.00** |

**TESORERIA/DIRECCION FINANCIERA**

**ORDENADOR DEL GASTO**

**BENEFICIARIO**

*Elaboró: ESGUERRA SALGADO GLADIS ALICIA*