FECHA	COMITE	HORA INICIO
10 DE NOVIEMBRE DE 2026	OBRA ☐ CONSULTORÍA ☐ INTERVENTORÍA ☐ OTROS X	8:00 AM
LUGAR	**NÚMERO DE ACTA**	**HORA FIN**
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	*No 1*	9:00 AM

NÚMERO Y OBJETO DEL CONTRATO
595 DEL 04 DE NOVIEMBRE DE 2026. OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ORGANIZACIÓN, LOGÍSTICA Y EJECUCIÓN DE UNA FERIA UNIVERSITARIA COMO ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL, PROFESIONAL Y OCUPACIONAL DIRIGIDA A LA JUVENTUD DEL MUNICIPIO DE TAURAMENA CASANARE.

SEGUIMIENTO DE COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR

N/A

TEMAS PARA TRATAR
1.Realizar la revisión de antecedentes de cada uno de los integrantes del equipo de logística, como requisito previo al inicio de sus labores.
2.Verificar y garantizar la afiliación y el pago vigente de los aportes al Sistema General de Seguridad Social (salud, pensión y riesgos laborales) de todo el personal de apoyo logístico vinculado a la ejecución del contrato, y presentar los soportes correspondientes al supervisor
3. Verificación de la documentación del vehículo destinado al servicio de transporte. (SOAT, responsabilidad civil contractual y extracontractual (RCE) por daños a cosas y/o personas y por muerte de personas incluido el conductor, revisión técnico-mecánica, y conductor con licencia de conducción vigente acorde a la categoría del vehículo; así mismo debe estar en perfectas condiciones y vinculado a una empresa habilitada por el Ministerio de Transporte)
4.Solicitar el permiso de la Secretaría de Gobierno municipal para la realización de la feria universitaria.
5.Presentar PLAN DE CONTINGENCIA, para garantizar la seguridad del evento y contar con las acciones preventivas en el desarrollo del evento.

DESARROLLO Y DECISIONES GENERALES DEL SEGUIMIENTO

En el marco del seguimiento a la ejecución del contrato, la supervisión solicita al contratista presentar los documentos y soportes que permitan verificar el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el personal a vincular durante la ejecución del contrato y del personal de apoyo logístico y el servicio de transporte, permiso de la secretaria de gobierno, plan de contingencia para la ejecución de la feria universitaria, de conformidad con las condiciones establecidas contractualmente.

VERIFICACIÓN DEL PERSONAL DE APOYO LOGÍSTICO

De acuerdo con las obligaciones contractuales, se solicita al contratista presentar los siguientes soportes:

1. Relación de todo el personal a vincular durante la ejecución del contrato, del personal de apoyo logístico dispuesto para las actividades de montaje, ejecución y desmontaje de la Feria Universitaria y conversatorio.
2. Evidencia de identificación del personal mediante escarapelas.
3. Relación de las funciones asignadas al personal, incluyendo orientación y control del flujo de asistentes, apoyo en la entrega de alimentos y material impreso, registro de asistencia y demás actividades operativas requeridas para el desarrollo del evento.
4. Soportes de la revisión de antecedentes de cada uno de los integrantes del equipo de logística, como requisito previo al inicio de sus labores.
5. Planillas y comprobantes de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) del personal de apoyo logístico vinculado a la ejecución contractual.

Constancia de presentación y verificación:

El contratista manifiesta que ha dado cumplimiento a las obligaciones relacionadas con el personal de apoyo logístico y procede a presentar ante la supervisión los documentos y soportes solicitados, correspondientes a la identificación del personal, revisión de antecedentes y afiliación y pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral.
La supervisión deja constancia de que recibe y verifica la documentación aportada por el contratista, con el propósito de comprobar el cumplimiento de las obligaciones contractuales correspondientes.

VERIFICACIÓN DE LOS VEHÍCULOS DESTINADOS AL SERVICIO DE TRANSPORTE

En relación con la prestación del servicio de transporte, la supervisión solicita al contratista presentar los documentos que acrediten que los vehículos destinados al desarrollo de las actividades contractuales cumplen con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.
Para tal efecto, se solicita aportar los siguientes documentos:

1. Tarjeta de operación o documento que acredite la habilitación correspondiente del vehículo para la prestación del servicio público de transporte.
2. Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) vigente.
3. Póliza de responsabilidad civil contractual y extracontractual (RCE), que ampare los daños a bienes y/o personas, así como la muerte de personas, incluido el conductor.
4. Certificado de revisión técnico-mecánica y de emisiones contaminantes vigente, cuando corresponda.
5. Copia de la licencia de conducción vigente del conductor, acorde con la categoría del vehículo.

6. Documentación que permita verificar la vinculación del vehículo a una empresa de transporte debidamente habilitada por el Ministerio de Transporte.
7. Demás documentos exigidos por la normatividad vigente para la prestación del servicio.

Constancia de presentación y verificación:

El contratista presenta ante la supervisión los documentos correspondientes a los vehículos dispuestos para la prestación del servicio de transporte, incluyendo los soportes del SOAT, pólizas de responsabilidad civil contractual y extracontractual, revisión técnico-mecánica, licencia de conducción del respectivo conductor y documentación que acredita la vinculación a una empresa de transporte habilitada.

La supervisión deja constancia de la recepción y revisión de los documentos aportados, con el fin de verificar que el vehículo y conductor cumpla con las condiciones legales, técnicas y de seguridad exigidas contractualmente para la prestación del servicio.
Se les recuerda al contratista del permiso y del plan de contingencia para la ejecución de la feria universitaria.

La supervisión deja constancia de la recepción y revisión de los documentos aportados, con el fin de verificar que los vehículos y conductores cumplan con las condiciones legales, técnicas y de seguridad exigidas contractualmente para la prestación del servicio.

.

COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO
1. El contratista se compromete a garantizar la disponibilidad del personal de apoyo logístico durante todas las etapas del evento, incluyendo alistamiento, ejecución y desmontaje.	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.	11 DE NOVEIMBRE 2026
2. El contratista deberá mantener vigentes los documentos y afiliaciones correspondientes al personal vinculado a la ejecución contractual.	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.	11 DE NOVEIMBRE 2026
3. El contratista deberá garantizar que los vehículos destinados al transporte conserven durante la ejecución del contrato las condiciones técnicas, legales y de seguridad exigidas.	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.	11 DE NOVEIMBRE 2026
4. El contratista deberá suministrar a la supervisión cualquier soporte adicional que sea requerido durante el seguimiento contractual.	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.	DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO

5. Anexar permiso de la secretaria de gobierno, anexar plan de contingencia	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.	11 DE NOVIEMBRE DE 2026

ASISTENCIA A LA REUNIÓN		
NOMBRE	**CARGO**	**FIRMA**
MARIA SONIA TORRES MORA	Secretaria de Gobierno, encargada de las funciones de la Secretaría de Desarrollo Social mediante Resolución No. 974 del 06 de noviembre de 2026.	
YEISON JAIR PINEDA MORA	Representante Legal de LOGISTICA Y SUMINISTRO DEL CASANARE S.A.S	
AURA LINEY MORENO MORALES	Profesional de apoyo a la supervisión	

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN 09 11 2026.

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

A. AFILIACIÓN

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

9. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Herazo — SEGUNDO APELLIDO: Ramirez — PRIMER NOMBRE: mañana — SEGUNDO NOMBRE:
10. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X — 11. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1029663612.
12. SEXO BIOLÓGICO — 13. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
14. NACIONALIDAD — 15. LUGAR DE NACIMIENTO — 16. FECHA NACIMIENTO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

17. ETNIA — 18. COMUNIDAD INDÍGENA — 19. DISCAPACIDAD: SI NO — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD — 20. TIENE ENCUESTA SISBEN?: SI NO — 21. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO — 22. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 23. AFIL
24. IPS: Poveníl
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — 26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN
TELÉFONO FIJO — TELÉFONO CELULAR — CORREO ELECTRÓNICO — DEPARTAMENTO: Casanare.
MUNICIPIO/ DISTRITO: Tauramena — LOCALIDAD/COMUNA — ZONA: URBANA RURAL

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 30. SEXO BIOLÓGICO — 31. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
32. NACIONALIDAD — 33. LUGAR DE NACIMIENTO — 34. FECHA NACIMIENTO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS / DEPART. / MUNICIPIO)	42. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD INDÍGENA	46. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	47. DISCAPACIDAD SI / NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	48. CLASIFICACIÓN SISBEN GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI / NO	50. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI / NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO / DISTRITO	ZONA URBANA	ZONA RURAL	ZONA RURAL DISPERSO
01														
02														
03														
04														
05														

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

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

55. Nombre o razón social: Logistico y Suministros del Casanare — 56. Tipo documento de identificación — 57. Número de identificación: 901283650-1.
58. Ubicación: Cll 18 #13-74 — 59. Teléfono: 3112286219.

VI. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN 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 SUSPENSIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INCLUSIÓN EPS, RETORNO AL PAGO Y PLENA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES
14. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO — B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO: A) MISMO REGIMEN — B) DIFERENTE REGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE EMPRENDIMIENTO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. NO CAUSA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 62. SEXO BIOLÓGICO — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual? — 09112026.
64. FECHA NACIMIENTO — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD — 67. MOTIVO DE TRASLADO Código — 68. FECHA DE EXPEDICIÓN (cédula o pasaporte del cotizante)

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos beneficiarios reportados dependen económicamente
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copias de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas
75. Autorización para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. De acuerdo con lo previsto en la Ley
76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros servicios para recibir mensajes
b) Autorización para que la EPS me entregue una línea telefónica, información sobre la ubicación de servicios de salud dentro de la Red de Nueva EPS, incluso a través de los Puntos de Atención
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 normativa del Ítem vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Nueva EPS
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
9 NOV 2026
NOMBRE:
CLAVE ASESOR:
REGIONAL: LLANOS

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — 81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS PEC TI CC CE NC PA CD AS RT — Cantidad — Total
83. Copia del poder de representación otorgado 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 nacido vivo o acta de parto del menor
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
88. Documento en que conste la petición de la parte peticionaria o el certificado de defunción en los casos a) y b) del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
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 los autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio — Total Anexos

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

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:

MARIANA HERAZO RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.029.663.612**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARIANA HERAZO RAMIREZ identificado con CC. 1029663612 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.		
Tipo y Numero de Documento	NI - 901283650		
Cargo		**Correo electrónico**	

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/11/09	**Fecha inicio contrato**	2026/11/30
Tipo de vinculación	Dependiente	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	8230- Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09112026N1115918236A99112012.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

09/1/2026.

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO: Segun — SEGUNDO APELLIDO: — PRIMER NOMBRE: Karen — SEGUNDO NOMBRE: Jimenez
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006415055.
11. SEXO BIOLÓGICO
12. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
13. NACIONALIDAD
14. LUGAR DE NACIMIENTO — PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
15. FECHA NACIMIENTO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA — 17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD — SI — NO — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? — SI — NO
20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL
23. [illegible]
24. [illegible] TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
25. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: Porvenir 1750905
TELÉFONO FIJO — TELÉFONO CELULAR — CORREO ELECTRÓNICO — DEPARTAMENTO
DISTRITO — LOCALIDAD: Tauramena — CIUDAD: Cinare. — ZONA — PAÍS — DEPTO — MPIO — BARRIO

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO
31. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO — PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO — PAÍS	DEPTO	MPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO — DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. NOMBRES	44. ETNIA	45. COMUNIDAD INDÍGENA	46. ¿TIENE DISCAPACIDAD? SI	NO	47. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL	GRUPO	48. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	49. DISCAPACIDAD	50. ¿REQUIERE ACOMPAÑANTE? SI	NO	51. Datos de residencia — DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA — CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO
01															
02															
03															
04															
05															

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD / COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS A PRIMERA POR LA QUE(S)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Logistica y Suministros del Cusiare — 56. NIT O CC: 901283650-1.
57. ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU
58. DIRECCIÓN: Cll 18 # 13-14 — 59. TELÉFONO: 3112280219.
60. CÓDIGO ENTIDAD ADMINISTRADORA
61. CÓDIGO CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

VI. REPORTE DE NOVEDADES

62. 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 O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código
6. RETIRO DE PASO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INGRESO EN FORMA POSTERIOR AL PAGO Y RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO — B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
A) DESDE RÉGIMEN
B) DESDE EL REGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE [illegible]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
09/1/2026

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

63. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
64. SEXO BIOLÓGICO
65. SEXO IDENTIFICACIÓN
66. FECHA NACIMIENTO
67. EPS ANTERIOR
68. FECHA DE NOVEDAD
69. MOTIVO DE TRASLADO Código
70. FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

71. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
72. Declaración de la no cotización de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
73. Declaración de existencia de recursos de fuente mayor o cotizantes que originen la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la [illegible]
74. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
75. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante y cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
76. Autorización para que la EPS reporte la información sólo en general de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas
77. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo señalado en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes.
78. a) Autorizo de consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, LLAMA, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, [illegible] mensajes informativos
b) Autorización para que la EPS no contacte con fines referentes [illegible] información sobre la prestación de servicios de salud dentro de los términos regulados, incluso a través [illegible] en "Preguntas frecuentes Cotizantes" (PDF).
79. Aceptación de las condiciones para cotizantes a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
80. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según lo establecido por Ítchen vigente.

NOMBRE: [illegible]
CLAVE: [illegible]
REGIONAL: LLANOS

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

81. En caso de ausencia o falta temporal del cabeza de familia respecto la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad — Folios
83. Copia del Poder de representación debidamente firmado por la autoridad competente
84. Copia del registro civil de nacimiento 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 declara el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y sentencia judicial, acta de conciliación o escritura pública 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 acto administrativo de custodia
88. Documento en que conste la patria potestad o el certificado del cotizante de los padres o la información suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los mismos
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (numeral 3 y 5 del artículo 2.1.7.1 del Decreto 780 de 2016)
90. Certificación de vinculación a la entidad solicitante para realizar afiliaciones o traslados
91. Copia del acto administrativo o la providencia de los actos varios relacionados en las casillas de beneficiario o de cabeza de familia de oficio
Total Anexos

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

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:

KAREN JIMENA SEGURA , identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.415.055**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO GB

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

KAREN JIMENEZ SEGURA identificado con CC. 1006415055 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.
Tipo y Numero de Documento	NI - 901283650
Cargo	
Correo electrónico	

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/11/09	**Fecha inicio contrato**	2026/11/30
Tipo de vinculación	Dependiente	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	8230- Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09112026N1115918236A977451251.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

09 11 2026.

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN

8. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO: Peña — SEGUNDO APELLIDO: Beltran — PRIMER NOMBRE: Emerson — SEGUNDO NOMBRE: Admud
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X.
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.115.910224.
11. SEXO BIOLÓGICO
12. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano.
14. LUGAR DE NACIMIENTO
15. FECHA NACIMIENTO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD — SI [ ] NO [ ]
CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN — SI [ ] NO [ ]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL
23. APP
24. IDC
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: Taurumena Casa.
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO
LOCALIDAD / BARRIO
ZONA

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO
31. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO
34. FECHA NACIMIENTO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS / DEPART. / MUNICIPIO)	42. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. CLASIFICACIÓN SISBEN (NIVEL / GRUPO)	47. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	48. ARL	49. DISCAPACIDAD	50. RESIDENCIA	51. Datos de residencia (DEPARTAMENTO / MUNICIPIO / DIRECCIÓN / LOCALIDAD / BARRIO / ZONA)
01									
02									
03									
04									
05									

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

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

55. Nombre o razón social: Logistica Administrativa del Casanare
56. Tipo de documento de identificación
57. Número de identificación: 901283650-1
Casanare Taurumena.

VI. REPORTE DE NOVEDADES

58. 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 O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS. Código
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO. Código
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EN RETORNO AL FASE I. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO / B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO: A) HACIA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO / B) HACIA RÉGIMEN SUBSIDIADO
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE EMPRENDIMIENTO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

59. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO
63. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
09 11 2026.
64. FECHA NACIMIENTO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD
67. MOTIVO DE TRASLADO. Código
68. TIPO DE COMPROBANTE PARA LA PÉRDIDA DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos beneficiarios reconocen(n) dependencia económica de mi.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de residencia de menores de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una afiliación 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 bases de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. De acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes y vigentes.
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS suministre comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales electrónicos, información relacionada con mi afiliación, servicios de salud, prestaciones económicas y demás información relacionada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. b) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS suministre comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales electrónicos, información relacionada con mi afiliación, servicios de salud, prestaciones económicas y demás información relacionada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a mi cónyuge o compañero(a) permanente, padres o hijos registrados en el "Núcleo Familiar" de mi afiliación.
77. Aceptación de las condiciones para cotizante 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 Sisben vigente.

APTO
RECLUTADO PARA ESTUDIO EN LA EPS
9 NOV 2026

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o falta temporal del cotizante cabeza de familia respecto a la permanencia de su grupo familiar que hará cargo con pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación Colectiva, Institucional o de Oficio

NOMBRE:
CLAVE ASESOR:
REGIONAL: LLANOS

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad — Folios
83. Copia del dictamen de calificación emitido por la autoridad competente
84. Copia del registro civil de nacimiento 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 la separación de cuerpos y bienes o cesación de la unión marital
86. Copia del certificado de defunción o de la declaración de muerte
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
88. Declaración del cotizante bajo la gravedad de juramento o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los mismos
89. Copia de la epicrisis, de la historia clínica o del certificado de nacido vivo expedido por la Secretaría de Salud conforme a lo establecido en el artículo 2.2.7.1.3 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de circulación y otra entidad autorizada para realizar afiliaciones en las que consten a cabeza de beneficiario o en la orden la afiliación de oficio
91. Copia del acto administrativo de la prestación de las pensiones compartidas en las que consten a cabeza de beneficiario o en la orden la afiliación de oficio

Total Anexos

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

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:

EMERSON ADRUVAL PEÑA BELTRAN , identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.115.910.224**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO GB

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

EMERSON ASDRUBAL PEÑA BELTRAN identificado con CC. 1115910224 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.
Tipo y Numero de Documento	NI - 901283650
Cargo	**Correo electrónico**

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/11/09	**Fecha inicio contrato**	2026/11/30
Tipo de vinculación	Dependiente	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	8230- Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09112026N1115918236A98754210.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FECHA DE EXPEDICIÓN 09/11/2026.

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Ibañez SEGUNDO APELLIDO: Suesca PRIMER NOMBRE: Sharol SEGUNDO NOMBRE: Nicol.
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1050606996.
11. SEXO BIOLÓGICO
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO
15. FECHA NACIMIENTO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. VULNERABILIDAD
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ]
CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI [ ] NO [ ]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN
NIVEL
GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL
23. NIP
24. IDC
25. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: Powenil 1750905
TELEFONO FIJO
TELEFONO CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Tauramena
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: URBANA [ ] RURAL [ ]
PUNTO DE ATENCIÓN
ÁREA
BARRIO
BARRIO
SFC

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
31								
32								
33								
34								
35								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. VULNERABILIDAD	46. TIPO DISCAPACIDAD	47. DISCAPACIDAD: SI / NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL / GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI / NO	50. DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	51. Datos de residencia: MUNICIPIO DE RESIDENCIA	ZONA: URBANA / RURAL	BARRIO	BARRIO	SFC
31													
32													
33													
34													
35													

	52. TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	53. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	54. IPS	55. CÓDIGO DE LA IPS DE PRIMERA ASIGNACIÓN
31							
32							
33							
34							
35							

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

56. Nombre o razón social: logistica y Suministros del Cosanare
57. Tipo documento de identificación
58. Número de identificación: 900283650-1.
59. Ubicación: C11B #13-74
60. Teléfono: 3112280219.

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

NUEVA EPS
RADICADO PARA ESTUDIO EN EPS
09/11/2026.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?
64. FECHA NACIMIENTO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 09/11/2026.
67. MOTIVO DE TRASLADO. Código
68. TIPO DE PRESTACIÓN POR LA QUE SOLICITA EL TRASLADO

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos beneficiarios y beneficiarios dependen económicamente del cotizante.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte.
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la Historia Clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades [illegible]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. a) Autorizo no expresamente explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, Página Web, Notificaciones Push, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros similares para la [illegible] b) Autorizado para que la EPS me suministre una línea telefónica informativa sobre la prestación de servicios de salud dentro de los beneficios regulados, vigentes y otros ingresados en el "Diagnóstico de Necesidades Individuales" (DNI).
77. Aceptación de las condiciones para cotizantes o de 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 respecto la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] PT [ ]
Cantidad
Folio
83. Copia del certificado de supervivencia para pensionados por sustitución pensional.
84. Copia del registro civil de nacimiento o de la Entidad pública, acta de reconocimiento o sentencia judicial ejecutoriada.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara 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 escolaridad o acta de entrega del colegio.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la petición de la parte interesada en el caso de que del material de las pruebas se deduzca que el solicitante sabía la existencia de los mismos.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (numeral 1 y 2 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016).
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o la orden de afiliación de oficio.
Total Anexos

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

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

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

94. CÓDIGO HABILITACIÓN

09/11/2026
CLAVE: [illegible]
REGIONAL: LLANOS

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:

SHAROL NICOL IBAÑEZ SUESCA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.050.606.996**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO GB

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

SHAROL NICOL IBAÑEZ SUESCA identificado con CC. 1050606996 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.		
Tipo y Numero de Documento	NI - 901283650		
Cargo		**Correo electrónico**	

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/11/09	**Fecha inicio contrato**	2026/11/30
Tipo de vinculación	Dependiente	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	8230- Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09112026N1115918236A99562110.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

NIT 900.156.264-2

09/1/2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Monroy — SEGUNDO APELLIDO: Umiola — PRIMER NOMBRE: Miguel — SEGUNDO NOMBRE: Fernando
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006415701.
11. SEXO BIOLÓGICO
12. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
13. NACIONALIDAD
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI — NO
CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN?: SI — NO
20. CLASIFICACIÓN SISBEN
NIVEL
GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: Porvenir
23. IBC: 1'750905
24. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
25. RESIDENCIA
ORIENTACIÓN
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO: Casanare.
MUNICIPIO: Tauramena
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: URBANA — RURAL
IPS

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO
31. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. TIPO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
31												
32												
33												
34												
35												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. TIPO DE AFILIADO: C. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD INDÍGENA	46. RÉGIMEN DE AFILIACIÓN CONYUGE	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	50. RESIDENCIA EXTERIOR SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA: LOCALIDAD/COMUNA	URBANA	RURAL
31																	
32																	
33																	
34																	
35																	

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. FECHA DE LA IPS (A PARTIR DE LA CUAL ESTÁ EN LA EPS)
31							
32							
33							
34							
35							

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

55. Nombre o razón social: logisticos y Suministros del Casanare.
56. Tipo de documento de identificación
57. Número de identificación o NIT: 901283650-1.
58. Dirección: C111B #13-74
59. Teléfono: 6249190
60. Municipio: Casanare.

D. REPORTE DE NOVEDADES

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

09/1/2026
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
09/1/2026.
9 NOV 2026
LLANOS

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

62. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
63. SEXO BIOLÓGICO
64. SEXO IDENTIFICACIÓN
64A. FECHA NACIMIENTO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD
67. MOTIVO DE TRASLADO. Código
68. TIEMPO COTIZADO EN LA EPS ANTERIOR: MESES — DÍAS

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. (Tercero bajo la gravedad de juramento que estos beneficiarios no reciben dependencia económica)
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica de cotizantes o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que así lo requieran en ejercicio de sus funciones.
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. De acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, llamadas telefónicas, WhatsApp, para recibir mensajes informativos.
b) Autorizo para que la EPS me envíe con fines informativos información sobre la prestación de servicios de salud dentro de los términos regulares, vigentes y estipulados en el "Reglamento de Beneficios Incluidos" (PBS).
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 separación o fallecimiento del cabeza de familia respecto de la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN — MS — RC — TI — CC — CE — NV — PA — CD — AS — PT — Cantidad — Folios
83. Copia del dictamen de invalidez ejecutoriado 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 la existencia de la unión marital y copia del registro civil de nacimiento de la única hija común
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 jurada 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. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Total Anexos

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

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:

MIGUEL FERNANDO MONROY URRIOLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.415.701**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO GB

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MIGUEL FERNANDO MONROY URRIOLA identificado con CC. 11006415701 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.
Tipo y Numero de Documento	NI - 901283650
Cargo	
Correo electrónico	

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/11/09	**Fecha inicio contrato**	2026/11/30
Tipo de vinculación	Dependiente	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	8230- Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09112026N1115918236A99562110.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA RADICACIÓN 09112026.

I. DATOS DEL TRAMITE

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACION X — B. REPORTE DE NOVEDADES
2. TIPO DE AFILIACION: A. Individual — B. Cotizante o cabeza de familia — C. Beneficiario o afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De oficio
3. RÉGIMEN: A. Contributivo — B. Subsidiado
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI — NO
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente — B. Independiente — C. Pensionado
7. OFICIO

II. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN - Del cotizante o cabeza de familia

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO martinez X — SEGUNDO APELLIDO Alvarado — PRIMER NOMBRE Johana — SEGUNDO NOMBRE Astrid.
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Colombiano
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006415474.
11. SEXO BIOLÓGICO
12. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
13. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombiano — Cauca — Cauca — Taurmena.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA — 17. COMUNIDAD INDÍGENA — 18. DISCAPACIDAD: SI — NO — CATEGORIA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI — NO — 20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. ARL
23. [illegible] Powenil 1'750905
24. [illegible] — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — 26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN
TELEFONO FIJO — TELEFONO CELULAR — CORREO ELECTRÓNICO — DEPARTAMENTO
MUNICIPIO / DISTRITO: Taurmena — LOCALIDAD/COMUNA — ZONA: URBANA — RURAL — UPZ

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 30. SEXO BIOLÓGICO — 31. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
32. NACIONALIDAD — 33. LUGAR DE NACIMIENTO — 34. FECHA NACIMIENTO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NUMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS / DEPART. / MUNICIPIO)	42. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD INDÍGENA	46. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	47. CLASIFICACIÓN SISBEN (NIVEL / GRUPO)	48. DISCAPACIDAD SI	NO	49. RESIDENCIA PERMANENTE	50. Datos de residencia (DEPARTAMENTO / MUNICIPIO / CENTRO POBLADO / VEREDA / ZONA URBANA / ZONA RURAL / ZONA DISPERSA)
01										
02										
03										
04										
05										

	TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO (DILIGENCIA EPS)	DIRECCION	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. VALOR DE LA UPC ADICIONAL POR LA IPS
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social: Logistica y Suministro del Cauca — 56. Tipo de documento de identificación — 57. Número del documento de identificación: 901283650-1. — 58. Código de la EPS

D. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD — 67. MOTIVO DE TRASLADO — Código

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. (Diligencie sólo la gravedad de juramento que exige) Beneficiario(s) dependiente(s) económicamente del cotizante.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que da origen de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a los entes
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS realice comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines relacionados exclusivamente sobre la prestación de servicios de salud dentro de los tramites regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (DNE).
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 respecto la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN — MS — RC — TI — CC — CE — SC — PA — CD — AS — PT — Cantidad — Total
83. Copia del [illegible]
84. Copia de la escritura pública o del certificado judicial que declara el Divorcio, Nulidad, Cesación de Efectos Civiles [illegible]
85. Copia del certificado de existencia y acta de entrega del cuerpo.
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 jurada 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. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

nueva
RADICADO PARA ESTUDIO EN LA EPS
9 NOV 2026
CLAVE BASICA
REGIONAL LLANOS

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:

JOHANA ASTRID MARTINEZ ALVARADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.415.474**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JOHANA ASTRID MARTINEZ ALVARADO identificado con CC. 1006415474 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.		
Tipo y Numero de Documento	NI - 901283650		
Cargo		**Correo electrónico**	

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/11/09	**Fecha inicio contrato**	2026/11/30
Tipo de vinculación	Dependiente	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	8230- Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09112026N1115918236A85421510.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

09112026.

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Morales SEGUNDO APELLIDO: Urbina PRIMER NOMBRE: David SEGUNDO NOMBRE: Andres
9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.115.918236.
11. SEXO BIOLÓGICO
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?
13. NACIONALIDAD
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ]
CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI [ ] NO [ ]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN
NIVEL
GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL
23. EPS: Porvenir
24. IBC: 1750905
25. CONTRIBUCIÓN VOLUNTARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO
MUNICIPIO/ DISTRITO
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: URBANA [ ] RURAL [ ]
IPS

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. TIPO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD INDÍGENA	46. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI / NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL / GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI / NO	50. RESIDENTE EN EL PAÍS: SI / NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO / MUNICIPIO / LOCALIDAD	ZONA: URBANA / RURAL
01					SI [ ] NO [ ]	[ ] [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
02					SI [ ] NO [ ]	[ ] [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
03					SI [ ] NO [ ]	[ ] [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
04					SI [ ] NO [ ]	[ ] [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
05					SI [ ] NO [ ]	[ ] [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. IBC DE LA EPS DEL AFILIADO (SI APLICA)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS A LA QUE ESTÁ ADSCRITO POR LA EPS
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social: logistica y suministros del cesar
56. Tipo de documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 901283650-1
58. Dirección: C 11 B # 13-74
59. Municipio: Cesar
60. Teléfono: 3112289219

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

62. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
63. SEXO BIOLÓGICO
64. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?
65. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
66. EPS ANTERIOR
67. FECHA DE NOVEDAD: DÍA / MES / AÑO
68. MOTIVO DE TRASLADO. Código:
69. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A PAGAR LA PRIMERA UPC FAMILIAR

09112026.

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

70. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
71. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
72. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que
75. Autoriza para que la EPS realice el cruce de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la
76. a) Autoriza de consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Llamada Wat, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines referentes información sobre la coordinación de servicios de salud dentro de los fines mencionados, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Telefónicos excluidos".
77. Aceptación de las condiciones para ingresar 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.

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
09 NOV 2026

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de suspensión o fallecimiento del cotizante (o familia respecto la persona de su grupo familiar que haría cargo del pago de la Contribución Solidaria)
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

NOMBRE:
CLAVE ASESOR:
REGIONAL: LLANOS

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Carnet [ ] Total [ ]
83. Copia del dictamen de valoración final 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 declara 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 petición de la pareja solicitando el certificado de afiliación de una pareja o la declaración jurada por el peticionario sobre la ausencia de los otros 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 acta administrativa o providencia en las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario y se ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos [ ]

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

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:

DAVID ANDRES MORALES URBINA , identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.115.918.236**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO GB

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

DAVID ANDRES MORALES URBINA identificado con CC. 1115918236 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.		
Tipo y Numero de Documento	NI - 901283650		
Cargo		**Correo electrónico**	

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/11/09	**Fecha inicio contrato**	2026/11/30
Tipo de vinculación	Dependiente	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	8230- Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09112026N1115918236A900215421.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

capresoca

RECIBIDO
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE:
CODIGO

No DE RADICADO	FECHA DE RADICADO

I. DATOS DEL TRAMITE (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
A. Afiliación [X]	A. Individual: Cotizante o cabeza de familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ]	a. Contributivo [ ]	SI [ ]
B. Reporte de Novedades [ ]	B. Colectiva [ ] C. Institucional D. De Oficio [ ]	b. Subsidiado [ ]	NO [ ]

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliación Adicional [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. Afiliación

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
REYES	ARIAS	JOSE	ALEJANDRO

9. Tipo de documento de identidad	10. No de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo identificación
	1115911769	Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual:

13. Nacionalidad	14. Lugar de Nacimiento					15. Fecha de Nacimiento
COLOMBIANO	País:	COLOMBIA	Departamento	CASANARE	Municipio	TAURAMENA	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
		SI [ ] NO [ ]	Categoria de Discapacidad

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Calsificación SISBEN	21. Grupo de población especial:
SI [ ]	NIVEL [ ] GRUPO [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	23. Administradora de pensiones	24. Ingreso Base de Cotización -IBC-	25. tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA	PORVENIR		

26. Residencia			
CALLE 17 N 4 56	3118580227	Teléfono Celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
			Cabecera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro poblado [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificación del conjuge 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. No de documento de identidad	30. Sexo Biológico	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual:

32. Nacionalidad	33. Lugar de Nacimiento					34. Fecha de Nacimiento
	País:		Departamento		Municipio	

Datos basicos de identificación de os 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	37. No del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				F	M	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Dpto	Mun	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto Rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud	54. Código de la IPS
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

66. LOGISTICA Y SUMINISTRO DE CASANARE	901283680	1	68. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Dirección CALLE 18 N 13 74	Teléfono:3112280219	Correo electrónico	CASANARE / TAURAMENA

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 con la EPS — Código
- [ ] 6. Reporte de pago a traves de un terc — 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 cotiz
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones pa
- [ ] 11. Inscripción a la EPS retorno al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Regimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado — [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	No documento de identidad	62. Sexo Biológico Femenino [ ] Masculino [ ]	63. Sexo identificación Femen [ ] Masculino [ ] T. [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual:	64. Fecha de Nacimiento
65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo del traslado Código	68. Caja de compensación familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIÓN DE AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaración 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 de los beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 5 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 a de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución solidari, según la encuesta del SISBEN vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	No del documento de identidad		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad de documentos de identidad anexos
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliacion o sentencia judicial que declara 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 date 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 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
- [ ] 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 de la afiliación de oficio

Total anexos

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

92. Identificación de la Entidad territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

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

94. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo Documento de identidad:	No Documento de Identidad:	95. Firma del funcionario	

96. Fecha de radicación

97. Fecha de validación

RECIBIDO
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE:
CARGO:

Observaciones:

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

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 ALEJANDRO REYES ARIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.115.911.769**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JOSE ALEJANDRO REYES ARIAS identificado con CC. 1115911769 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.		
Tipo y Numero de Documento	NI - 901283650		
Cargo		**Correo electrónico**	

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/11/09	**Fecha inicio contrato**	2026/11/30
Tipo de vinculación	Dependiente	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	8230- Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09112026N1115918236A915428754.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicación: 09/11/2021

RECIBIDO

RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS

NOMBRE:

CÓDIGO

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. Régimen: A. Contributivo B. Subsidiado 4. Contribución solidaria: Si No

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado

7. Código (A registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido: Villareal | Segundo Apellido | Primer Nombre: Jose | Segundo Nombre: Ignacio

9. Tipo de documento de identidad: CC | 10. Número del documento de identidad: 1120865813. | 11. Sexo biológico: Femenino Masculino | 12. Sexo Identificación: F M T NB Otro Cual | 13. Nacionalidad: Colombiano

14. Lugar de nacimiento: País: Colombia | Departamento: Casanare | Municipio: Tauramena | 15. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad: Si No Categoría de discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN: Si No | 20. Clasificación SISBÉN: Nivel Grupo | 21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia: Dirección | Teléfono Fijo | Teléfono Celular | Correo Electrónico

Departamento: Casanare | Municipio / Distrito: Tauramena. | Localidad / Comuna | Zona: Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

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

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

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

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. 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				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

A. AFILIACIÓN

ADRES

	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)
Logistica y Suministros de Cusanac		901283650 -	

59. Dirección: Cll 18 # 13 - 74.

Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico

Departamento

Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento
				09112026 .

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CE SC PT
- 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 [illegible]
- 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública [illegible] 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 [illegible] 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. [illegible] 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 [illegible] se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

RECIBIDO
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE:
CÓDIGO:
Nombre de la Institución

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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 IGNACIO VILLAREAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.865.873**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JOSE IGNACIO VILLAREAL identificado con CC. 1120865873 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.		
Tipo y Numero de Documento	NI - 901283650		
Cargo		**Correo electrónico**	

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/11/09	**Fecha inicio contrato**	2026/11/30
Tipo de vinculación	Dependiente	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	8230- Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09112026N1115918236A995632141.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

capresoca

RECIBIDO
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS

No DE RADICADO	FECHA DE RADICADO

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. NOMBRE:	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [X]	A. Individual: Cotizante o cabeza de familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Afiliado [ ]	A. SI [ ]
B. Reporte de Novedades [ ]	B. Colectiva [ ] C. Institucional D. De Oficio [ ]	b. Subsidiado [ ]	NO [ ]

5. Tipo de Afilia	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliación Adicional [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. Afiliación

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
LOPEZ	GARZON	JHON	JAIRO

9. Tipo de documento de identidad	10. No de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal:

13. Nacionalidad	14. Lugar de Nacimiento						15. Fecha de Nacimiento
COLOMBIANO	País:	COLOMBIA	Departamento	CASANARE	Municipio	TAURAMENA	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	SI [ ]	NO [ ]
		Categoria de Discapacidad		

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Calificación SISBEN	21. Grupo de poblacion especial:
SI [ ]	NIVEL [ ] GRUPO [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	23. Administradora de pensiones	24. Ingreso Base de Cotización -IBC-	25. tarifa Constribución Solidaria

26. Residencia			
CALLE 17 N 4 56	3118580327	Teléfono Celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera Municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificación del conjuge o compañero (a) permanente del cotizante

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

28. Tipo de documento de identid	29. No de documento de identidad	30. Sexo Biológico	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal:

32. Nacionalidad	33. Lugar de Nacimiento					34. Fecha de Nacimiento
	País:		Departamento		Municipio	

Datos basicos de identificación de os 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	37. No del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				F	M	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Dpto	Mun	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono 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	54. Código de la IPS
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. LOGISTICA Y SUMINISTRO DE CASANARE	901283650	1	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
Dirección CALLE 18 N 13 74	Teléfono:3112280219	Correo electrónico	CASANARE	TAURAMENA

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 con la EPS — Código
- [ ] 6. Reporte de pago a traves de un ter — 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 cotiz
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones pa
- [ ] 11. Inscripción a la EPS retorno al pais
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Regimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado — [ ] A. Mismo régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	No documento de identidad	62. Sexo Biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cúal:	64. Fecha de Nacimiento
65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo del traslado Código	68. Caja de compensación familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIÓN DE AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaración 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 de los beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 5 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 a de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución solidari, según la encuesta del SISBEN vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	No del documento de identidad		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — CN | R | TI | CC | PA | C | C | S | PT
  Cantidad de documentos de identidad anexos
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura publica, acta de conciliacion o sentencia judicial que declara 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 date 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 dependes
- [ ] 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 d
- [ ] 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

Total anexos

RECIBIDO
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE:
CÓDIGO

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

92. Identificación de la Entidad territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

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

94. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo Documento de identidad:	No Documento de Identidad:	95. Firma del fu	

96. Fecha de radicación — 97. Fecha de validación

Observaciones:

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

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:

JHON JAIRO LOPEZ GARZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.415.266**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO GB

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JHON JAIRO LOPEZ GARZON identificado con CC. 1006615266 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.		
Tipo y Numero de Documento	NI - 901283650		
Cargo		**Correo electrónico**	

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/11/09	**Fecha inicio contrato**	2026/11/30
Tipo de vinculación	Dependiente	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	8230- Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09112026N1115918236A154287445.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 09/11/2026

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	Si No

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: HERRERA	Segundo Apellido: RAMIREZ.	Primer Nombre: BETTY	Segundo Nombre: AZUCENA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC.	1007854177	Femenino Masculino	F X M T NB Otro		Colombiana

14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
País: Colombia	Departamento: Casanare	Municipio: Tauramena.	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No X Categoría de discapacidad	Si No X	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	1'750,905	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Cll 17 # 6-21	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3143369638	

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Casanare.	Tauramena.		Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	Cuál	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

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

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

	51. Datos de residencia					
	Departamento	Municipio/ Distrito	2058	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural			
B2			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural			
B3			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural			
B4			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural			
B5			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural			
	Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico	
B1						
B2						
B3						
B4						

RECIBIDO
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
9 NOV 2026
NOMBRE:
CÓDIGO.

IPS Tauramena

A. AFILIACIÓN

REV

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 documento de identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
logistica y Suministro del Chare		901283650-1	

59. Ubicación
Dirección: Calle 18 # 13-74. Teléfono fijo o Celular:

Correo Electrónico: Departamento: Caxanare. Municipio / Distrito: Tauramena.

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F M T NB Otro — Cuál)	64. Fecha de nacimiento
				09 11 2026

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. de documento de identidad

IX. FIRMAS

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

RECIBIDO
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE:
CÓDIGO: 9 NOV 2026

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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 el abandono de los padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación
				09 11 2026

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

8. REPORTE DE NOVEDADES

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:

BETSY AZUCENA HERAZO RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.854.177**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

BETSY AZUCENA HERAZO RAMIREZ identificado con CC. 1007854177 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LOGISTICA Y SUMINISTROS DEL CASANARE S.A.S.		
Tipo y Numero de Documento	NI - 901283650		
Cargo		**Correo electrónico**	

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/11/09	**Fecha inicio contrato**	2026/11/30
Tipo de vinculación	Dependiente	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	8230- Actividades de atencion en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09112026N1115918236A24743270.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 74856862

NOMBRE

YON JAIRO VACA TORRES

FECHA DE NACIMIENTO

27-11-1981

FECHA DE EXPEDICIÓN

06-01-2026

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

GRUPO SANGRE-RH

O+



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

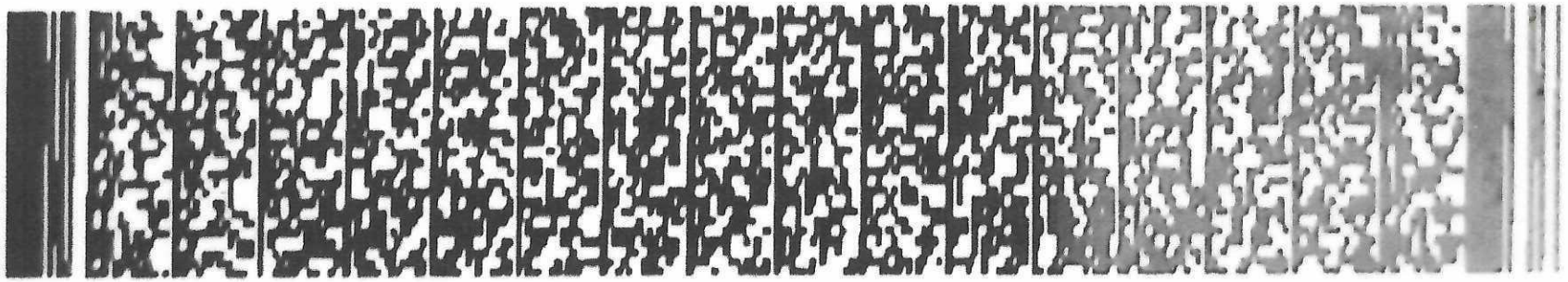
STRIA TTO y TTE MCPAL YOPAL

Powered by CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	06-01-2036	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	06-01-2029	PUBLICO





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC1200353945

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029102062

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
WCR288	HYUNDAI	COUNTY	2013

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
3.907	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
BUSETA	CERRADA	DIESEL	23

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
D4DDD529350	N	KMJHG17PPDC059017

NUMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
KMJHG17PPDC059017	N	KMJHG17PPDC059017	N

PROPIETARIO. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
VACA TORRES YON JAIRO	C.C. 74856862

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
138

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
352013000093576

I/E
I

FECHA IMPORT.
27/03/2013

PUERTAS
1

LIMITACION A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
15/05/2013

FECHA EXP. LIC. TTO.
12/05/2023

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA





Powered by CamScanner

INFORME DE RESULTADOS

PREVENTIVA 31752 - 1

PREVENTIVA

C.D.A. AGUAZUL
NIT: 901188244-0
Teléfono: 3136584698 --
Dirección: CALLE 12 # 22-40
Ciudad: AGUAZUL
E-mail: cda.aguazul@hotmail.com
Cel: 3136584698 --

REVISIÓN PREVENTIVA

A. INFORMACIÓN GENERAL PRUEBA PREVENTIVA

1. FECHA

2. DATOS DEL PROPIETARIO, TENEDOR O POSEEDOR DEL VEHICULO

Fecha de Prueba 2026-10-10 10:07 AM	Nombre o Razón social: VACA TORRES YON JAIRO	Documento de Identidad CC.(X) NIT.( )	No.74856862
Dirección CL 17A 4 49	Teléfono fijo o Numero de Celular 3219185718	Ciudad: TAURAMENA	Departamento CASANARE
Correo Electrónico JHONJAIRO@GMAIL.COM			

3.DATOS DEL VEHÍCULO REVISIÓN PREVENTIVA

Placa WCR288	Pais COLOMBIA	Servicio Publico	Clase BUSETA	Marca HYUNDAI	Linea COUNTY
Modelo 2013	Número de licencia de tránsito 10029102062	Blindaje SI( ) NO(X)	Fecha Matricula 2013-05-15	Color BLANCO	Combustible / Propulsión DIESEL
VIN o Chasis KMJHG17PPDC059017	No. de Motor D4DDD529350	Tipo motor 4T	Cilindraje (cm3) (si aplica) 3907	Kilometraje 216470	Numero de pasajeros (Sin incluir conductor) 22
Potencia (si aplica) 138	Tipo de Carroceria CERRADA	Fecha Vencimiento SOAT 2027-07-13	Conversion GNV SI( ) NO( ) NA(X)	Fecha Vencimiento GNV	

B. RESULTADOS PREVENTIVOS DE LA INSPECCIÓN MECANIZADA REALIZADA DE ACUERDO CON LOS MÉTODOS DEFINIDOS POR LA NTC 5375; NTC 6218; NTC 6282.

Nota: Todo valor medido, seguido del símbolo *, indica un defecto encontrado.

4. MEDICIÓN PREVENTIVA DE INTENSIDAD / INCLINACIÓN DE LAS LUCES (BAJAS, ALTAS, ANTINIEBLA / EXPLORADORAS)

			Valor 1	Valor 2	Valor 3	MÍNIMA/ RANGO	UNIDAD	SIMULTÁNEA (SI) (No)
BAJA(S)	Derecha(s)	Intensidad	16.8			2.5	klux	NO
		Inclinación	2.50			0.5 - 3.5	%	
	Izquierda(s)	Intensidad	34.6			2.5	klux	NO
		Inclinación	2.50			0.5 - 3.5	%	
ALTA(S)	Derecha(s)	Intensidad	75.5				klux	SI
	Izquierda(s)	Intensidad	40.3				klux	SI
ANTINIEBLA(S) / EXPLORADORA(S)	Derecha(s)	Intensidad	3.40				klux	SI
	Izquierda(s)	Intensidad	1.40				klux	SI

Sumatoria de luces simultáneamente	Intensidad	Máxima	Unidad
	121	225	klux

5. SUSPENSIÓN (adherencia)(si aplica)(PREVENTIVA)

Delantera izquierda Valor	Delantera derecha Valor	Trasera izquierda Valor	Trasera derecha Valor	Mínimo	Unidad
				40	%

6. FRENOS(PREVENTIVA)

	Fuerza Izquierda	Peso Izquierda	Unidad		Fuerza Derecha	Peso Derecha	Unidad	Desequilibrio	Rango (B)	Máx (A)	Unidad
Eje 1	6102	11966	N	Eje 1	6300	10708	N	3.14	20-30	>30	%
Eje 2	6821	11239	N	Eje 2	6547	10634	N	4.02	20-30	>30	%
Eje 3			N	Eje 3			N		20-30	>30	%
Eje 4			N	Eje 4			N		20-30	>30	%
Eje 5			N	Eje 5			N		20-30	>30	%

Eficacia Total	Valor	Mínimo	Unidad
	57.8	50	%

6.1. FRENO AUXILIAR (si aplica)(PREVENTIVA)

Eficacia	Mínimo	Unidad		Fuerza	Peso	Unidad		Fuerza	Peso	Unidad
24.9	18	%	Sumatoria Izquierda	5879	23205	N	Sumatoria Derecha	5199	21341	N

7. DESVIACIÓN LATERAL(PREVENTIVA)(si aplica)

Eje 1 -0.03	Eje 2 -1.08	Eje 3	Eje 4	Eje 5	Máximo	Unidad
					+/-10	m/km

8. DISPOSITIVOS DE COBRO(PREVENTIVA)(si aplica)

Tamaño normalizado de la Llanta	Error en Distancia	Unidad	Error en Tiempo	Unidad	Máximo	Unidad
		%		%	+/-2	%

Powered by CamScanner

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ASEGURADORA

seguros mundial®

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2026 7 13	2026 7 14	2027 7 13

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
97539877 - 617043775	WCR288	S. PUB. INTERMUNICIPAL	PUBLICO	3907	2013

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
23	HYUNDAI	CERRADA

LÍNEA VEHÍCULO: COUNTY

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
D4DDD529350	KMJHG17PPDC059017	KMJHG17PPDC059017	0,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
YON VACA TORRES	3145471846	CC	74856862	TENJO

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	13158	97539877	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
92	$ 633,500	$ 329,400	$ 2,400

TOTAL A PAGAR: **$ 965,300**

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[2] 701,68[3]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77[1]	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180[4]	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750[5]	



Seguro Ter-Cero Esencial

El complemento del **SOAT** que cubrirá los daños materiales ocasionados a otros en accidentes de tránsito.

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.
Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: www.segurotercero.com

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:
•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente
•Adquiera su SOAT en Lugares autorizados

En caso de accidente de tránsito:
•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993) En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos
•Con el Fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT,

www.segurosmundial.com.co/proteccion-de-datos/

la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT

Habeas data
Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, la cuál puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/proteccion-de-datos/
Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes

Topes de cobertura gastos médicos
[1] El transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos se debe hacer preferiblemente en ambulancias o vehículos adecuadamente dotados para este tipo de servicios, garantizando la atención oportuna y efectiva de la víctima
[2] Para las tarifas 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920 Decreto 2497 de 2022
[3] Para las demás tarifas no incluidas en el Decreto 2497 de 2022
[4] Según numeral 1 del Art. 2.6.1.4.2.6 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social
[5] Según numeral 1 del Art. 2.6.1.4.2.11 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social

Digitally signed by COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
Date: 2026.07.13 16:10:37 -05:00

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 187477125

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: C.D.A. AGUAZUL S.A.S. - ZOMAC

NIT: 901189244

No. de Certificado de Acreditación: 20-OIN-038

Fecha de expedición: 2026/02/05

Fecha de vencimiento: 2027/02/05

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	WCR288	**CLASE:**	BUSETA
MARCA:	HYUNDAI	**MODELO:**	2013
SERVICIO:	Público	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	3907	**NRO. MOTOR:**	D4DDD529350
NRO. CHASIS:	KMJHG17PPDC059017	**VIN:**	KMJHG17PPDC059017
LÍNEA:	COUNTY		
COLOR:	BLANCO		

NOMBRE PROPIETARIO: YON J. VACA T.

FIRMA DEL RESPONSABLE

JULIAN RINCON HERNANDEZ

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO

CERTIFICACION

SEGUROS DEL ESTADO S.A., certifica que la placa del vehículo **WCR288** cuyo tomador es**TRANSPORTES ESPECIALES Y DE TURISMO POR COLOMBIA SAS NIT 900977812-1.** Se encuentra vinculados con nosotros bajo las pólizas **COLECTIVAS** de **RC PASAJEROS** básico a continuación citadas, para lavigencia comprendida entre el 07 de febrero de 2025 al 07 de febrero de 2026.

Responsabilidad Civil Extracontractual 11-30-101000637

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLES % MINIMO
DAÑOS A BIENES DE TERCEROS	100 SMMLV	10.0 % 1.0 SMMLV
MUERTE O LESIONES CORPORALES A UNA PERSONA	100 SMMLV	
MUERTE O LESIONES CORPORALES A DOS O MAS PERSONAS	200 SMMLV	
AMPARO DE PROTECCION PATRIMONIAL	SI AMPARA	
AMPARO DE ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CIVIL	SI AMPARA	
AMPARO DE ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PENAL	SI AMPARA	
AMPARO DE PERJUICIOS MORALES	SI AMPARA	
AMPARO DE LUCRO CESANTE DEL TERCERO AFECTADO	SI AMPARA	

Responsabilidad Civil Contractual 11-31-101000829

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLES % MINIMO
MUERTE ACCIDENTAL	100 SMMLV	
INCAPACIDAD PERMANENTE	100 SMMLV	
INCAPACIDAD TEMPORAL	100 SMMLV	
GASTOS MEDICOS	100 SMMLV	
AMPARO DE PROTECCION PATRIMONIAL	SI AMPARA	
AMPARO DE ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CIVIL	SI AMPARA	
AMPARO DE ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PENAL	SI AMPARA	
AMPARO DE PERJUICIOS MORALES	SI AMPARA	
AMPARO DE LUCRO CESANTE DEL PASAJERO AFECTADO	SI AMPARA	

Se expide a solicitud del Intermediario a los cinco (10) días del mes de febrero de 2024

JUAN ANDRES MAHECHA
Analista técnico de automóviles
Sucursal Bogotá

Powered by CamScanner

TRANSJALIMA SAS

Transportes Especializados Jalima

"JTY 143 BUS"

ARENAS MENDOZA AMELIO

TRANSJALIMA SAS Transportes Especializados Jalima	PROCESO OPERACIONES	VERSION 5
	HOJA DE VIDA DE VEHICULOS CONTRATADOS	CÓDIGO: F - OP - 09

Datos Generales

Propietario:	ARENAS MENDOZA AMELIO

Especificaciones del Vehiculo

Clase	BUS	Marca	CHEVROLET
Placa	JTY143	No. Chasis	9GCN1R752LB021614
Modelo	2020	No. Motor	4HK1-0BX110
Color	BLANCO	Servicio	PÚBLICO
Movil Interno #	08	GPS Página	https://mapas.segurycar.com/mapa/google
Usario Gps	19060169	Contraseña Gps	19060169

Seguridad Pasiva			Seguridad Activa		
Cinturones de seguridad	X		Sistema de frenos	X	
Airbags			Neumáticos	X	
Reposa cabezas	X		Dirección asistida	X	
Para choques	X		Espejos retrovisores	X	
Barra antivuelco	X				

Documentos del Vehiculo

Licencia de Transito No.: 10022108766

DOCUMENTOS	FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
Seguro Obligatorio SOAT	23	01	2026	24	01	2027
Revision Técnico Mecanica	16	01	2025	16	01	2027
Póliza Responsabilidad Civil Contractual	20	07	2026	20	07	2027
Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual	20	07	2026	20	07	2027
Tarjeta de Operación	20	03	2025	20	03	2027
Póliza Todo Riesgo	27	01	2026	27	01	2027

Estado General del Vehiculo/Otras Observaciones

FIRMA OPERACIONES

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL


JTY-143


JTY-143


CHEVROLET
ISUZU
PIONIA
JTY143
CHEVROLET
PIONIA
JTY143

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10037125412

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
JTY143	CHEVROLET	NQR	2020

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
5.193	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
BUS	CERRADA	DIESEL	35

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
4HK1-0BX110	N	9GCN1R752LB021614

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GCN1R752LB021614	N	9GCN1R752LB021614	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
ARENAS MENDOZA AMELIO	C.C. 74856140

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
******	******	155

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	I/E	FECHA IMPORT.	PUERTAS
032019001911768	I	26/11/2019	3

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC TTO.	FECHA VENCIMIENTO
27/01/2021	02/12/2025	******



ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOyTTE MCPAL FUNZA

LT07004638138

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

TARJETA DE OPERACIÓN
No.483633

DATOS VEHÍCULO

No. DE PLACA:	JTY143	**AÑO MODELO:**	2020
CLASE DE VEHÍCULO:	BUS	**MARCA:**	CHEVROLET
TIPO DE CARROCERIA:	CERRADA	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CAPACIDAD DE PASAJEROS:	**SENTADOS:** 35	**DE PIE:**	
CARGA:		**MODALIDAD DE SERVICIO:**	ESPECIAL
LÍNEA:	NQR		
NIVEL DE SERVICIO:			
RADIO DE ACCIÓN:	NACIONAL		

DATOS EMPRESA

RAZÓN SOCIAL EMPRESA:	TRANSPORTES TURINO SAS
NIT:	830077620
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:	Carrera 77 # 77 A 45
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA
FECHA DE EXPEDICIÓN:	20-03-2025
VIGENCIA:	**DESDE:** 20-03-2025 **HASTA:** 20-03-2027
AUTORIDAD QUE EXPIDE:	DIRECCION TERRITORIAL CUNDINAMARCA

FIRMA DEL FUNCIONARIO

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO | MES | DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA
2026-01-23	2026-01-25	2027-01-24

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1508006783946000	JTY143	INTERMUNICIPAL	PUBLICO	5193	2020

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHICULO	CARROCERÍA
35	CHEVROLET	NQR	CERRADA

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
4HK10BX110	9GCN1R752LB021614	9GCN1R752LB021614	0.70

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ARENAS MENDOZA, AMELIO	*******565	CC	74856140	TAURAMENA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1324	15	13543	0	PEREIRA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
920	$ 633500	$ 329400	$ 2400

TOTAL A PAGAR

$ 965300

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 [1] / 701,68 [2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

Decreto 2644 de 2022: Tarifas diferenciales y ajuste con base en la UVT 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920.

- Es obligatorio **portar la póliza del SOAT,** sin importar el medio de entrega seleccionado por La Previsora S.A.
- La autoridad de transito podrá requerir la póliza en cualquier momento. Esta podrá ser presentada en los siguientes formatos: **Digital:** a través de correo electrónico o mensaje de texto (SMS) o **Físico:** impresa en papel común.
- Si tiene inquietudes sobre el proceso, puede comunicarse desde su teléfono móvil marcando al #345 para recibir la asesoría necesaria.

Circular Externa 013 de 2024 emitida por la **Superintendencia Financiera de Colombia,** se permite que la vigencia mínima del SOAT para **vehículos extranjeros que circulen en zonas de frontera sea diaria.** Los vehículos que no reúnan los dos anteriores supuestos, deben regirse por las disposiciones del numeral 2 del artículo 193 de EOSF, en virtud del cual la vigencia mínima del SOAT debe ser anual.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A., modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de internet www.previsora.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 186964334

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: C.D.A. AGUAZUL S.A.S. - ZOMAC

NIT: 901189244

No. de Certificado de Acreditación: 20-OIN-038

Fecha de expedición: 2026/01/16

Fecha de vencimiento: 2027/01/16

DATOS VEHÍCULO

PLACA: JTY143

CLASE: BUS

MARCA: CHEVROLET

MODELO: 2020

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 5193

NRO. MOTOR: 4HK1-0BX110

NRO. CHASIS: 9GCN1R752LB021614

VIN: 9GCN1R752LB021614

LÍNEA: NQR

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: AMELIO ARENAS M.

FIRMA DEL RESPONSABLE

JULIAN RINCON HERNANDEZ

PRO

PLACA DEL VEHÍCULO:	**JTY143**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10037125412**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Público**	CLASE DE VEHÍCULO:	**BUS**

Información general del vehículo

MARCA:	**CHEVROLET**	LÍNEA:	**NQR**
MODELO:	**2020**	COLOR:	**BLANCO**
NÚMERO DE SERIE:	**9GCN1R752LB021614**	NÚMERO DE MOTOR:	**4HK1-0BX110**
NÚMERO DE CHASIS:	**9GCN1R752LB021614**	NÚMERO DE VIN:	**9GCN1R752LB021614**
CILINDRAJE:	**5193**	TIPO DE CARROCERÍA:	**CERRADA**
TIPO COMBUSTIBLE:	**DIESEL**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**27/01/2021**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**STRIA TTOyTTE MCPAL FUNZA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN	

Transporte

@Copyright 2026 RUNT

PRO

Póliza SOAT

Pólizas de Responsabilidad Civil

Número de póliza: 2000747376

Fecha de expedición: 16/07/2026

Fecha inicio de vigencia: 20/07/2026

Fecha fin de vigencia: 20/07/2027

Entidad que expide: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A

Tipo de póliza: Responsabilidad Civil Contractual

Estado: VIGENTE

Detalle

Número de póliza: 2000747375

Fecha de expedición: 16/07/2026

Fecha inicio de vigencia: 20/07/2026

Fecha fin de vigencia: 20/07/2027

Entidad que expide: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A

Tipo de póliza: Responsabilidad Civil Extracontractual

Estado: VIGENTE

Detalle

Número de póliza: 2000638317

Fecha de expedición: 17/07/2025

Transporte

@Copyright 2026 RUNT

Detalle - Pólizas de Responsabilidad Civil

2000747376	Responsabilidad Civil Contractual

TIPO DOCUMENTO TOMADOR	NÚMERO DE DOCUMENTO TOMADOR
NIT	830077620

COBERTURA	MONTO (SMMLV)
01: MUERTE	100
02: INCAPACIDAD PERMANENTE	100
03: INCAPACIDAD TEMPORAL	100
04: GASTOS MEDICOS	100
05: MUERTE A TERCEROS	0
06: DAÑOS A TERCEROS	0
07: MUERTE O DAÑOS A MÁS DE DOS PERSONAS	0

Volver

Detalle - Pólizas de Responsabilidad Civil

2000747375	Responsabilidad Civil Extracontractual

TIPO DOCUMENTO TOMADOR	NÚMERO DE DOCUMENTO TOMADOR
NIT	830077620

COBERTURA	MONTO (SMMLV)
01: MUERTE	0
02: INCAPACIDAD PERMANENTE	0
03: INCAPACIDAD TEMPORAL	0
04: GASTOS MEDICOS	0
05: MUERTE A TERCEROS	100
06: DAÑOS A TERCEROS	100
07: MUERTE O DAÑOS A MÁS DE DOS PERSONAS	200

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

TIPO DE POLIZA INDIVIDUAL

SUC.	RAMO	POLIZA Nº
57	48	101001131

CLASE DE DOCUMENTO	Nº ANEXO	FECHA EXPEDICION DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORA	HASTA DIA	MES	AÑO	HORA	NUMERO DE DIAS
EMISION ORIGINAL	0	16	1	2026	27	01	2026	24:00	27	01	2027	24:00	365

TOMADOR: AMELIO ARENAS MENDOZA — CC 74.856.140

DIRECCION: VEREDA EL GUIRA FINCA LA MAROTA Ciudad: TAURAMENA — TELEFONO 3144422565

ASEGURADO: AMELIO ARENAS MENDOZA — CC 74.856.140

DIRECCION: VEREDA EL GUIRA FINCA LA MAROTA Ciudad: TAURAMENA — TELEFONO 3144422565

BENEFICIARIO: AMELIO ARENAS MENDOZA — CC 74.856.140

DIRECCION: VEREDA EL GUIRA FINCA LA MAROTA Ciudad: TAURAMENA — TELEFONO 3144422565

EXPEDIDO EN:	SUCURSAL	Nº GRUPO	PUNTO DE VENTA
YOPAL	AGENCIA YOPAL		NINGUNO

DATOS DEL CONDUCTOR HABITUAL

GENERO:	F.NACIMIENTO:	EDAD:	OTROS COND.MEN A 25 AÑOS:	ESTADO CIVIL:	ACTIVIDAD:
MASCULINO	25/07/1974	52		OTRO	

PRODUCTO: 6-GENIO PASAJEROS AL 80%

DESCRIPCION DEL VEHICULO RIESGO 1:

Codigo Fasecolda: 01603146 — Marca: CHEVROLET — Clase: BUS O BUSETA

Tipo Vehiculo: NQR [2] 700P REWARD [BU MT 5 — Carroceria o Remolque: CERRADA — Modelo: 2020

Placas: JTY143 — Color: BLANCO — Motor: 4HK1-02X110

Chasis o Serie: 9GCN1R752LS8021614 — Localizador: — Servicio/Trayecto: PUBLICO

Capacidad de Carga:35.00 — Zona de Operacion: AUTOS ZONA 01 — Descuento por NO reclamación: 0.00%

AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLES %	MINIMO
-RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
DAÑOS BIENES DE TERCEROS	700,000,000.00	10%	1.00SMLV
MUERTE O LESION UNA PERSONA	700,000,000.00		
MUERTE O LESION DOS O MAS PERSONAS	1,400,000,000.00		
ASISTENCIA JURIDICA	SI AMPARA		
PERDIDA TOTAL Y/O DESTRUCCION TOTAL	340,200,000.00	10%	0.00SMLV
DAÑOS PARCIALES DE MAYOR CUANTIA	340,200,000.00	10%	0.00SMLV
PROTECCION PATRIMONIAL	SI AMPARA		
DAÑOS PARCIALES DE MENOR CUANTIA	340,200,000.00	10%	2.00SMLV
HURTO DE MAYOR CUANTIA	340,200,000.00	10%	0.00SMLV
HURTO DE MENOR CUANTIA	340,200,000.00	10%	2.00SMLV
TERRORISMO	SI AMPARA		
GASTOS DE GRUA, TRANSPORTE Y PROTECCION AL VEHIC	SI AMPARA		
ASISTENCIA EN VIAJES VEHICULOS COMERCIAL	SI AMPARA		
*(AP) ACCIDENTES PERSONALES	$50.000.000		
*ORIENTACION MEDICA GENIAL	SI AMPARA		

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA	PRIMA ACCIDENTES PERSONALES	GASTOS	IVA-REGIMEN COMUN	AJUSTE AL PESO	TOTAL A PAGAR EN PESOS
$ **2,440,200,000.00	$ *****2,322,205.00		$ **********0.00	$ *******441,218.00	$ **********0	$ *****2,763,424.00

PLAN DE PAGO CONTADO

*TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO QUE PREVEE EL ARTÍCULO 1066 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SE HARÁ A SEGUROS DEL ESTADO S.A., DENTRO DE LOS 30 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 14/01/2026-1329-P-83-00000EAU001C2026-DR01

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES: CARRERA 7 NO. 23 - 64 , TELEFONO: 3102010300 - YOPAL

(*) Estas coberturas son un beneficio otorgado por Seguros del Estado S.A, las cuales son emitidas por Seguros de Vida del Estado. Las condiciones particulares y generales que aplican podrán ser consultadas en www.segurosdevidadelestado.com. Clausulado general forma (15/04/20201449P31000000E-VAP033ADR01) , que se adjunta.

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

(415)7709998021167(8020)11020550862006(3900)000002763424(96)20260226

REFERENCIA PAGO: 1102055086200-6

101001131

FIRMA AUTORIZADA — EL TOMADOR

DISTRIBUCION DEL COASEGURO

CODIGO	COMPAÑIA	%PARTICIPACION	PRIMA
1	ESTADO	0.00	0.00

INTERMEDIARIOS

CODIGO	TIPO	NOMBRE	%PARTICIPACION
194447	AGENTE INDEPEND	SWEN SVENZON ASCENCIO DELGA	100.00

1

IMPRIMIO: KARENTCEBALLOS 16/01/2026 03:26:57

Recuerde que información referente a clausulados y demás la podrás encontrar en nuestra página WEB https://www.segurosdelestado.com/productos/productos/1041

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

SEGURYCAR GPS

SEGURYCAR GPS S.A.S
NIT: 901072187-5

De acuerdo con el decreto 348 del 2015 del Ministerio De Transporte Que en el capítulo 2 del título 3 dice Monitorear la prestación del Servicio de transporte especial a través del sistema de Posicionamiento Global GPS. La empresa de Servicio Público de Transporte Terrestre Automotor Especial garantizará, a través del proveedor del sistema de monitoreo, el acceso tecnológico para supervisar la prestación del servicio, a la Superintendencia de Puertos y Transportes y a la Dirección de Tránsito y Transporte de la Policía Nacional.

CERTIFICA QUE:

El vehículo relacionado a continuación. propiedad de TRANSJALIMA NIT. 901271420, cuenta con el dispositivo GPS instalado por SEGURYCAR GPS S.A.S Según el decreto anterior. cumpliendo con los requerimientos de la RNDC

PLACA	MARCA	MODELO	CLASE
JTY143	CHEVROLET	2020	BUS

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de febrero de 2026 a solicitud del interesado. Para más información comuníquese en Tauramena Casanare al Cel. 3506147237

USUARIO: TRANSJALIMA
CONTRASEÑA: TRANSJALIMA

REFERENCIA GPS: PROTRACK
IMEI GPS: 355468590497996
Link plataforma de monitoreo: http://mapas.segurycar.com/mapa/google

JUVENAL MARTÍNEZ PARRA
REPRESENTANTE LEGAL
SEGURYCAR GPS S.A.S

CDA AGUAZUL
LA MEJOR OPCIÓN
REVISIONES TECNICOMECÁNICAS Y DE GASES CONTAMINANTES
NIT: 901169244-0
Teléfono: 3136584698 –
Dirección: CALLE 12 # 22-40
Ciudad: AGUAZUL
E-mail: cda.aguazul@hotmail.com
Cel: 3136584698 –

REVISIÓN PREVENTIVA

A. INFORMACIÓN GENERAL PRUEBA PREVENTIVA

1. FECHA 2. DATOS DEL PROPIETARIO, TENEDOR O POSEEDOR DEL

Fecha de Prueba	Nombre o Razón social:		Documento de Identidad	
2026-07-31 12:14 PM	ARENAS MENDOZA	AMELIO	CC.(X) NIT.( )	No.74856140
Dirección	Teléfono fijo o Numero de Celular		Ciudad:	Departamento
CL 2 3 46	3144422565		TAURAMENA	CASANARE
Correo Electrónico				
rtmclientes2021@gmail.com				

3.DATOS DEL VEHÍCULO REVISIÓN PREVENTIVA

Placa	País	Servicio	Clase	Marca	Linea
JTY143	COLOMBIA	Publico	BUS	CHEVROLET	NQR

Modelo	Número de licencia de tránsito	Blindaje	Fecha Matricula	Color	Combustible / Propulsión
2020	10037125412	SI( ) NO(X)	2021-01-27	BLANCO	DIESEL

VIN o Chasis	No. de Motor	Tipo motor	Cilindraje (cm3) (si aplica)	Kilometraje	Numero de pasajeros (Sin incluir conductor)
9GCN1R752LB021614	4HK1-0BX110	4T	5193	249299	34

Potencia (si aplica)	Tipo de Carroceria	Fecha Vencimiento SOAT	Conversion GNV	Fecha Vencimiento GNV
155.0	CERRADA	2027-01-24	SI( ) NO( ) NA(X)	

B. RESULTADOS PREVENTIVOS DE LA INSPECCIÓN MECANIZADA REALIZADA DE ACUERDO CON LOS MÉTODOS DEFINIDOS POR LA NTC 5375; NTC 6218; NTC 6282.

Nota: Todo valor medido, seguido del símbolo *, indica un defecto encontrado.

4. MEDICIÓN PREVENTIVA DE INTENSIDAD / INCLINACIÓN DE LAS LUCES (BAJAS, ALTAS, ANTINIEBLA / EXPLORADORAS)

			Valor 1	Valor 2	Valor 3	MÍNIMA/ RANGO	UNIDAD	SIMULTANEA (SI) (No)
BAJA(S)	Derecha(s)	Intensidad	10.8			2.5	klux	SI
		Inclinación	2.30			0.5 - 3.5	%	
	Izquierda(s)	Intensidad	12.9			2.5	klux	SI
		Inclinación	2.50			0.5 - 3.5	%	
ALTA(S)	Derecha(s)	Intensidad	69.4				klux	SI
	Izquierda(s)	Intensidad	23.6				klux	SI
ANTINIEBLA(S) / EXPLORADORA(S)	Derecha(s)	Intensidad	2.30	1.70			klux	SI
	Izquierda(s)	Intensidad	2.90	1.70			klux	SI

Sumatoria de luces simultáneamente	Intensidad	Máxima	Unidad
	125	225	klux

5. SUSPENSIÓN (adherencia)(si aplica)(PREVENTIVA)

Delantera izquierda	Valor	Delantera derecha	Valor	Trasera izquierda	Valor	Trasera derecha	Valor	Mínimo	Unidad
								40	%

6. FRENOS(PREVENTIVA)

	Fuerza Izquierda	Peso Izquierda	Unidad		Fuerza Derecha	Peso Derecha	Unidad	Desequilibrio	Rango (B)	Máx (A)	Unidad
Eje 1	9200	15079	N	Eje 1	8756	14970	N	4.83	20-30	>30	%
Eje 2	13146	22137	N	Eje 2	12203	19008	N	7.17	20-30	>30	%
Eje 3			N	Eje 3			N		20-30	>30	%
Eje 4			N	Eje 4			N		20-30	>30	%
Eje 5			N	Eje 5			N		20-30	>30	%

Eficacia Total	Valor	Mínimo	Unidad
	60.8	50	%

6.1. FRENO AUXILIAR (si aplica)(PREVENTIVA)

Eficacia	Mínimo	Unidad		Fuerza	Peso	Unidad		Fuerza	Peso	Unidad
33.1	18	%	Sumatoria Izquierda	11902	37215	N	Sumatoria Derecha	11668	33977	N

7. DESVIACIÓN LATERAL(PREVENTIVA)(si aplica)

Eje 1	Eje 2	Eje 3	Eje 4	Eje 5	Máximo	Unidad
0.05	-0.04				+/-10	m/km

8. DISPOSITIVOS DE COBRO(PREVENTIVA)(si aplica)

Tamaño normalizado de la Llanta	Error en Distancia	Unidad	Error en Tiempo	Unidad	Máximo	Unidad
		%		%	+/-2	%

PREVE

	--- %	%	%	--- ppm	%		
Vehiculo con catalizador (SI) (NO) (N. A)			Valor		Unidad		
Temperatura de prueba	Temperatura				°C		
Condiciones Ambientales	Temperatura Ambiente				°C		
	Humedad Relativa				%		

PREVENTIVA

9b. VEHÍCULOS CICLO DIESEL(PREVENTIVA)

Opacidad Gobernada	Ciclo 1	Unidad	Ciclo 2	Unidad	Ciclo 3	Unidad	Ciclo 4	Unidad		Valor	Norma	Unidad
		m^-1 rpm		m^-1 rpm		m^-1 rpm		m^-1 rpm	Resultado		2.0	m^-1

(rpm)	Temperatura de operación del motor			Condiciones Ambientales				LTOE	Unidad
Ralentí	Temperatura Inicial	Temperatura Final	Unidad °C	Temperatura Ambiente	Unidad °C	Humedad Relativa	Unidad %	Éstandar 430	mm

C. DEFECTOS ENCONTRADOS EN LA INSPECCIÓN MECANIZADA DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LAS NTC 5375, NTC 6218 Y NTC 6282 (según corresponda).

Codigo	Descripción	Grupo	Tipo defecto A	Tipo defecto B
		Total	0	0

D. DEFECTOS ENCONTRADOS EN LA INSPECCIÓN SENSORIAL DE ACUERDO CON LOS MÉTODOS Y CRITERIOS DEFINIDOS EN LAS NTC 5375, NTC 6216, NTC 6282 NTC, 4983, NTC 4231 Y NTC 5365 (según corresponda).

Codigo	Descripción	Grupo	Tipo defecto A	Tipo defecto B
		Total	0	0

D1. DEFECTOS ENCONTRADOS EN LA INSPECCIÓN SENSORIAL DE LOS VEHÍCULOS UTILIZADOS PARA IMPARTIR LA ENSEÑANZA AUTOMOVILÍSTICA

Codigo	Descripción	Grupo	Tipo defecto A	Tipo defecto B
		Total	0	0

D2. REGISTRO PREVENTIVO DE LA PROFUNDIDAD DE LABRADO Y PRESIÓN DE LAS LLANTAS

	Eje 1 (mm.)	Eje 2 (mm)		Eje 3 (mm)		Eje 4 (mm)		Eje 5 (mm)		Repuesto (mm)
IZQ	10.2 66.6 psi	12.4 68.5 psi	12.6 69.9 psi							8.65 70.3 psi
DER	10.9 66.9 psi	7.14 69.2 psi	6.89 69.4 psi							

Defectos Tipo A: Son aquellos defectos graves que implican un peligro inminente para la seguridad del vehículo, la de otros vehículos, la de sus ocupantes, la de los usuarios de la vía pública o el ambiente.

Defectos Tipo B: Son aquellos defectos que implican un peligro potencial para la seguridad del vehículo, la de otros vehículos, la de sus ocupantes, la de los usuarios de la vía pública.

PREVENTIVA

E. APROBACIÓN DE LA REVISIÓN PREVENTIVA SEGUN EL INGENIERO

¿ES APROBADO? : SI X NO _____

PREVENTIVA

F. COMENTARIOS U OBSERVACIONES ADICIONALES DE LA REVISIÓN PREVENTIVA

- Labrado de llantas:
labrado llanta derecha del eje 2: 7.14
labrado llanta izquierda del eje 1: 10.24
labrado llanta derecha del eje 1: 10.89
labrado llanta interna derecha del eje 2: 6.89
labrado llanta izquierda del eje 2: 12.45
labrado de llanta de repuesto 1: 8.65
labrado llanta interna izquierda del eje 2: 12.63

Gases: Densidad de Humo: Permisible: 2.0 (m^{-1})

PREVENTIVA





PREVENTIVA

J. NOMBRE DE LOS INSPECTORES QUE REALIZARON LA REVISIÓN TÉCNICO-MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

Inspeccion visual	John Alexander Benitez
Foto 1	John Alexander Benitez
Foto 2	John Alexander Benitez
Luces	John Alexander Benitez
Freno	John Alexander Benitez
Desviacion	John Alexander Benitez

PREVENTIVA

K. NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR TÉCNICO AUTORIZADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL CDA

CDA AGUAZUL NIT 900189244-0

Heyder Andrey Fernández

DIRECTOR TÉCNICO

PREVENTIVA