



UNION TEMPORAL PLUS 5G

Nit.901 901 756-4

Dirección: CR 29 C 79 32 Bogotá D.C.
Teléfonos: (1) 6940629 - 3105897198
Email: contabilidad@utplus5g.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE
VENTA No.
UTPG 49

Responsable IVA Régimen Común, Actividad Económica 8121 ICA Bogotá 9,66X1000.
No somos grandes contribuyentes ni autorretenedores.

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No.
18764096152957 que habilita desde UTPG 1 hasta UTPG 10000. Vence 2027-07-28

FECHA FACTURA

30 de diciembre de 2025

FECHA VENCIMIENTO

30 de diciembre de 2025

OC 152640 SERVICIO INTEGRAL DE ASEO Y CAFETERIA MES DICIEMBRE

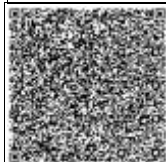
Cliente:	FAC COMANDO AEREO DE TRANSPORTE MILITAR		
Nit.	800141639 2		
Dirección:	Carrera 13 No. 66-41	Ciudad:	Bogotá D.C.
Teléfonos:	Forma de Pago:	Credito	Vendedor: UNION TEMPORAL PLUS 5G

Item	Descripción	Total
1	Operario de aseo y cafetería 11 Operario de aseo y cafetería con compromiso social - Rango 2	27.271.262,50
2	Operario de aseo y cafetería Recargo dominical	234.318,00
3	Jardinero 4 Jardinero	10.800.500,00
4	Insumos de aseo y cafeteria	9.387.253,22
5	Administración, Imprevistos y Utilidad	4.769.333,37

Valor en Letras	Total No. De Items	Subtotal	52.462.667,09
CINCUENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS	5	IVA Sobre AIU	906.173,34
		Total Factura	53.368.840,43

Esta factura asimila a la letra de cambio y surte todos sus efectos según el Artículo 774 del Código de Comercio. Su pago es exigible y presta mérito ejecutivo.

#\$15-01-05-010;152640;mariana.montoya@fac.mil.co#\$



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 30/12/2025 12:58:01

¡Gracias por utilizar nuestros servicios!

Páguese a nombre de UNION TEMPORAL PLUS 5G, con sello restringido al primer beneficiario o consignar en la Cuenta Ahorro No. 0550006200805262 del Banco Davivienda.

Documento Recepción Gestionados

DESCARGAR CARPETA ZIP

CONSULTAR PDF DIAN

Filtros de la Consulta

Fecha inicio consulta

01/12/2025

Fecha final consulta

30/12/2025

Proveedor

Número de Identificación

901901756

PCI

15-01-05-010 - FAC COMANDO AEREO DE TRANSPORTE MILITAR CATAM

LIMPIAR

BUSCAR

Proveedor	Documento Proveedor	Tipo Documento	Número de Documento	Fecha Emisión	Valor Total	Fecha de R
UNION TEMPORAL PLUS 5G	901901756	Factura Electronica	UTPG49	2025-12-30	\$53.368.840,43	2025-

No se encontraron resultados

	FUERZA AEROSPAECIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-132
	FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL	Versión No:	4
		Vigencia:	18/11/2024

Jefatura o Unidad:	CATAM
Nombre del Supervisor de Contrato	TE. MONTOYA PATIÑO MARIANA
Ordenador del Gasto	CATAM
No. Contrato	OC 152640
Objeto del contrato	Servicio Integral de Aseo para las instalaciones del Comando Aéreo de Transporte Militar
Valor inicial del contrato	\$ 447.002.871,99
Adición	\$ 0,00
Reducción	\$ 0,00
Valor final del contrato	\$ 447.002.871,99

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)		USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN	VALOR APROPIACION POR RUBRO
	RECURSO				
A-02-02-02-008-005-03	10	N/A	ADA-Servicios de limpieza	SERVICIO INTREGRAL DE ASEO	\$ 44.002.376,82
A-02-02-02-008-005-09	10	N/A	ADA-Servicios de mantenimiento y cuidado del paisaje	MANTENIMIENTO INTEGRAL DE ZONAS VERDES	\$ 12.085.759,50
TOTAL VIGENCIA 2025					\$ 56.088.136,32
A-02-02-02-008-005-03	10	N/A	ADA-Servicios de limpieza	SERVICIO LOGÍSTICO DE ASEO	\$ 300.271.539,42
A-02-02-02-008-005-09	10	N/A	ADA-Servicios de mantenimiento y cuidado del paisaje	MANTENIMIENTO ZONA VERDES	\$ 90.643.196,25
TOTAL VIGENCIA 2026					\$ 390.914.735,67
TOTAL VIGENCIAS					\$ 447.002.871,99

						Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y último CPA)			\$ 0,00	
No. PAGO	MES DE PAGO	MES AMORTIZACIÓN O LEGALIZACIÓN	DETALLE DEL PAGO	RUBRO	USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCION	VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO	VALOR TOTAL PARA PAGO	SALDOS	
1	DICIEMBRE Y/O CXP		PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-008-005-03-10	N/A	SERVICIO INTREGRAL DE ASEO	\$ 41.283.080,93	\$ 53.368.840,43	\$ 302.990.835,31	
				A-02-02-02-008-005-09-10	N/A	MANTENIMIENTO INTEGRAL DE ZONAS VERDES	\$ 12.085.759,50		\$ 90.643.196,25	
TOTALES								\$ 53.368.840,43	\$ 53.368.840,43	\$ 393.634.031,56

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	TE. MONTOYA PATIÑO MARIANA
FECHA	30/12/2025

ENTRADA RECEPCIÓN DE SERVICIO

PEDIDO: 4500548707

CONTRATO: 4600259881



PROVEEDOR DE SERVICIOS	UNION TEMPORAL 5 G	FECHA RECIBO DEL SERVICIO	30.12.2025
CONTRATO No.	OC152640		
UNIDAD RECEPTORA	5011 CATAM		
CONCEPTO			
Hace constar que se recibieron a entera satisfacción el / los servicios que a continuación se relacionan y que el proveedor cumplió con las obligaciones contraídas en el / los pedidos 4500548707, contrato interno 4600259881 de fecha 30.12.2025 respectivamente.			

ID	PEDIDO	POS	NUMERO HOJA DE ENTRADA.	DESCRIPCIÓN SERVICIO	COND	P/N	SERIE	VALOR
1	4500548707	00020	1002370402	SERVICIO ASEO Y CAFETERIA CON IVA				5.675.506,71
VALOR TOTAL SERVICIOS							COP	5.675.506,71

OBSERVACIONES

Servicio Integral de Aseo y Cafetería para las instalaciones del Comando Aéreo de Transporte Militar

FIRMAS


TS21. ADRIANA CASTELLANOS ECHEVERRY
TECNICO GESTION CONTRACTUAL

ENTRADA RECEPCIÓN DE SERVICIO

PEDIDO: 4500548707

CONTRATO: 4600259881



PROVEEDOR DE SERVICIOS	UNION TEMPORAL 5 G	FECHA RECIBO DEL SERVICIO	30.12.2025
CONTRATO No.	OC152640		
UNIDAD RECEPTORA	5011 CATAM		
CONCEPTO			
Hace constar que se recibieron a entera satisfacción el / los servicios que a continuación se relacionan y que el proveedor cumplió con las obligaciones contraídas en el / los pedidos 4500548707, contrato interno 4600259881 de fecha 30.12.2025 respectivamente.			

ID	PEDIDO	POS	NUMERO HOJA DE ENTRADA.	DESCRIPCIÓN SERVICIO	COND	P/N	SERIE	VALOR
1	4500548707	00010	1002370395	SERVICIO ASEO Y CAFETERIA SIN IVA				47.693.333,72
VALOR TOTAL SERVICIOS							COP	47.693.333,72

OBSERVACIONES

Servicio Integral de Aseo y Cafetería para las instalaciones del Comando Aéreo de Transporte Militar

FIRMAS

TS21. ADRIANA CASTELLANOS ECHEVERRY
TECNICO GESTION CONTRACTUAL



CERTIFICADO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

MARIA LEONOR BETANCOURT RODRIGUEZ identificado con cedula de ciudadanía No. 24.017.339 de Samacá en su condición de Contador Público de la **UNION TEMPORAL PLUS 5G** identificada con Nit. 901.901.756 4; certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legamente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la Ley y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

La presente certificación se expide dando cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 en la ciudad de Bogotá D.C. a los dos (2) días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente,

MARIA LEONOR BETANCOURT RODRIGUEZ
Contador Público
TP 114665 - T

**UNION TEMPORAL
PLUS 5G
Nit. 901.901.756 4
LIMPIEZA PROFESIONAL**
Dirección: Carrera 29 No. 79 32 **Teléfonos:** (1) 6940629 3103372407
Correo: – contabilidad@utplus5g.com Bogotá D.C. –Colombia

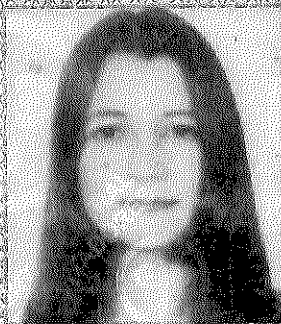
República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO**

114665-T

**MARIA LEONOR
BETANCOURT RODRIGUEZ
C.C. 24017339**

**RESOLUCION INSCRIPCION 308 FECHA 2005/11/24
UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA**



PRESIDENTE

LUZ MYRIAM DIAZ MUÑOZ

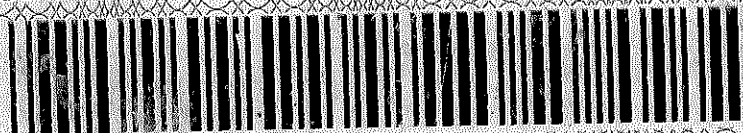
124139

IDEQS

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la Ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores.



LOGOFORMAS CONM. 2562566

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C28553903	LOZANO BONILLA AMPARO	01/12/2025		22494194	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C57443254	MANGA ZARATE ANNERIS CECILIA	01/12/2025		16922822	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 01 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C5600421	GALEANO GALEANO BERNARDO	02/12/2025		14393157	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533558182

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1054120305	GOMEZ LADINO ELMER DAVID	01/12/2025		21702124	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 10 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C32855412	ALMEIDA ELGUEDO ENITH ELENA	11/12/2025		128w1912	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122534460776

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.
Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.3, 172.16.42.57

Medellín, 01 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1033715689	BUITRAGO ROJAS JOHN FREDY	02/12/2025		18443z1 ³	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533558182

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1016091317	LUNA BEJARANO KAREN Yael	01/12/2025		24224022	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1000463198	RABELO VALLEJO MAICOL ESTEVAN	01/12/2025		41123T8N	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 01 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1086134260	YAGUAPAZ PINCHAO ROSA AVELINA	02/12/2025		H017711c	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533558182

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C52506120	ESPINOSA RODRIGUEZ SANDRA LILIANA	01/12/2025		151H*131	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 01 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C65588903	PULIDO GARCIA SANDRA MILENA	02/12/2025		14411672	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533558182

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79361824	BERNAL ARDILA SERGIO	01/12/2025		22214622	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 09 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 2		Porcentaje Cotización:	1.044 %
C1049534024	DIAZ RODRIGUEZ YOLEIDA	10/12/2025		219G9312	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/12/2025 12:18:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.3, 172.16.42.57



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 28553903
Nombres y Apellidos	AMPARO LOZANO BONILLA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

ttluip10S



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 57443254
Nombres y Apellidos	ANNERIS CECILIA MANGA ZARATE
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

6d29n7k9S



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 5600421
Nombres y Apellidos	BERNARDO GALEANO GALEANO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	2/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	JARDINERO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

4aAXWXSis



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1054120305		
Nombres y Apellidos	ELMER DAVID	GOMEZ	LADINO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756		
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G		
Código Sucursal			
Código Centro de Costo			
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025		
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025		
Cargo	JARDINERO		
Horas Labor Mes	230		
Sueldo básico	\$ 1423500		

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

TrLSXkzjS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1033715689
Nombres y Apellidos	JOHN FREDY BUITRAGO ROJAS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	2/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	JARDINERO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

4okYt6gPS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1016091317
Nombres y Apellidos	KAREN Yael LUNA BEJARANO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

JmCBEScJS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1000463198		
Nombres y Apellidos	MAICOL ESTEVAN	RABELO	VALLEJO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756		
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G		
Código Sucursal			
Código Centro de Costo			
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025		
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025		
Cargo	JARDINERO		
Horas Labor Mes	230		
Sueldo básico	\$ 1423500		

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

AjldNmBdS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1086134260
Nombres y Apellidos	ROSA AVELINA YAGUAPAZ PINCHAO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	2/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

nMJH3d2GS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 52506120
Nombres y Apellidos	SANDRA LILIANA ESPINOSA RODRIGUEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

ISwiYAK8S



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 65588903
Nombres y Apellidos	SANDRA MILENA PULIDO GARCIA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	2/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

0dGpIRmQS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79361824
Nombres y Apellidos	SERGIO BERNAL ARDILA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

EefA6E2IS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

3/12/2025

03 DIC 2025

Cód+671 Sandra Liliana Rincón R. SUJETO A VERIFICACIÓN

Sello asesor

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

1. Tipo de trámite	A. Individual:	B. Colectiva	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	A. Dependiente	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	• Cotizante o cabeza de Familia		A. Contributivo	Si	A. Cotizante	B. Independiente	01
B. Reporte de Novedades	• Beneficiario o afiliado adicional	C. Institucional	B. Subsidiado	No	B. Cabeza de familia	C. Pensionado	

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

8. Apellidos y nombres	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	GOMEZ	LADINO	ELMER	DAVID
9. Tipo de documento de identidad	CC	10. Número de documento de identidad	1054120305	11. Sexo biológico
				Femenino Masculino
12. Sexo identificación	F	M	T	NB
				Otro
13. Nacionalidad	COLOMBIANA	14. Lugar de nacimiento	COLOMBIA	BOGOTA
				BOGOTA
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	03-01-2006			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Si	No	Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN	Si	No	20. Clasificación SISBEN	Nivel	Grupo
21. Grupo de población especial		22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	SURA		
23. Administradora de Pensiones	PORVENIR	24. Ingreso base de cotización - IBC	1423500	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
					CALLE 57 BID SUR 75F 04
27. Teléfono Fijo	3142831396	elmerdavidgomezladino123@gmail.com			BOGOTA
28. Localidad/Comuna	BOGOTA	29. 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 de documento de identidad	30. Sexo biológico	Femenino Masculino
31. Sexo identificación	F	M	T	NB
				Otro
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio
				34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

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. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
			Femenino Masculino	F M T NB Otro	País Departamento Municipio	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

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

55. Nombre o razón social UNION TEMPORAL PLUS 5G			
56. Tipo de documento de identificación NIT	57. Número del documento de identificación 901901756	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CARRERA 29 C 79 32			3182480286
Teléfono fijo o Celular recursoshumanos@utplus5g.com		Departamento BOGOTA	Municipio/Distrito BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de 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	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico ☐ Femenino ☐ Masculino	63. Sexo identificación ☐ F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año) 01-12-2025		67. Motivo de traslado Cod. 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad CN RC TI CC PA CE CD SC PT Cantidad de documentos de identidad anexos: ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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 de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

Aporte Enero 1054120305

03 DIC 2025
Cód471 Sandra Lilitana Rincón R.
SUJETO A VERIFICACIÓN

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

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☐	☐
¿ Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	☐	☐
¿ Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	☐	☐
¿ Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	☐	☐
¿ Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☐	☐
¿ Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	☐	☐

SI: ☒ Correo electrónico: elmerdavidadomezladino123@gmail.com NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Elmer David Gomez

No. Identificación: _____

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección: _____

de domicilio: _____



Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: <https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos>.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al

interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que Compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace <https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos> o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A - 47, ventanilla de correspondencia.

SI ☒ No ☐

Firma del afiliado: Elmer David Gomez

No. Identificación: 1054120305

No. de Radicación

3/12/2025

03 DIC 2025

Cód-671 Sandra Liliana Rincón R.

SUJETO A VERIFICACIÓN

Sello asesor

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

1. Tipo de trámite	A. Individual:	B. Colectiva	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	A. Dependiente	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	• Cotizante o cabeza de Familia		A. Contributivo	Si	A. Cotizante	B. Independiente	01
B. Reporte de Novedades	• Beneficiario o afiliado adicional		B. Subsidiado	No	B. Cabeza de familia	C. Pensionado	

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

8. Apellidos y nombres	BUITRAGO	ROJAS	JOHN	FREDY								
9. Tipo de documento de identidad	CC	10. Número de documento de identidad	1033715689	11. Sexo biológico	Femenino	12. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cuál?
13. Nacionalidad	COLOMBIANA	14. Lugar de nacimiento	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	14-06-1989					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Si	No	Categoría de discapacidad					
19. Tiene encuesta SISBEN	Si	No	20. Clasificación SISBEN	Nivel	Grupo	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	SURA		
23. Administradora de Pensiones	PORVENIR	24. Ingreso base de cotización - IBC	1423500	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	CLL 55 33 17 SUR				
27. Teléfono Fijo	3144633437	28. Correo Electrónico	jhoncitobr@gmail.com			29. Localidad	BOGOTA			
30. Localidad	BOGOTA	31. Localidad/Comuna				32. 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 de documento de identidad	30. Sexo biológico	Femenino	31. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)						

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. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)								
			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

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

55. Nombre o razón social UNION TEMPORAL PLUS 5G			
56. Tipo de documento de identificación NIT	57. Número del documento de identificación 901901756	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CARRERA 29 C 79 32			3182480286
Teléfono fijo o Celular recursoshumanos@utplus5g.com		Departamento BOGOTA	Municipio/Distrito BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de 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	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico ☐ Femenino ☐ Masculino	63. Sexo identificación ☐ F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año) 02-12-2025		67. Motivo de traslado Cod. 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad CN RC TI CC PA CE CD SC PT Cantidad de documentos de identidad anexos: ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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 de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES: 1033715689	Aporte Enero	 Sello asesor
-------------------------------------	---------------------	------------------------------

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

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☒	☐
¿ Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	☒	☐
¿ Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
¿ Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	☒	☐
¿ Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☒	☐
¿ Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	☒	☐

SI: ☒ Correo electrónico: ihoncitobr@gmail.com NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: John Butrigo

No. Identificación: 1033715689

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección: _____

de domicilio: _____



Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: <https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos>.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al

interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que Compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace <https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos> o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A - 47, ventanilla de correspondencia.

SI ☒ No ☐

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: 1033715689

John Butrigo

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

I. DATOS DEL TRÁMITE				II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplica y afiliado adicional)			
1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen		4. Contribución solidaria	
A. Afiliación 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 ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional		A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado		(A registrar por la EPS)			
8. Apellidos y nombres							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
107ano		Bouilla		Amparo			
9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación	
CC		28553903		Femenino ☒ Masculino		F X M T NB Otro	
14. Lugar de nacimiento		15. Fecha de nacimiento					
País Colombia		Departamento Tolima		Municipio Purificación		07/01/1981	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS							
Datos Personales							
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN	
				Si No		Si No	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
Suva		Porvenir		1423500			
26. Residencia Dirección							
Calle 33A 69 P 35							
Teléfono Celular							
3132482027							
Correo Electrónico							
amparo107ano9240@gmail.com							
Departamento							
Bogotá							
Municipio / Distrito							
Bogotá							
Localidad / Comuna							
Bogotá							
Zona							
Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Dispersa Resto Rural							
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL CASO FAMILIAR							
Datos Básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante							
27. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación	
				Femenino Masculino		F M T NB Otro	
33. Lugar de nacimiento		34. Fecha de nacimiento					
País		Departamento		Municipio			
Datos Básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales							
35. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico	
						Femenino Masculino	
40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento			
F M T NB Otro		País Departamento Municipio					
Datos complementarios del beneficiario							
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial	
47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
Si No		Nivel Grupo		Si No		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)							
53. Correo Electrónico							
54. Dirección							
55. Correo Electrónico							

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 Unión Temporal Plus 56	56. Tipo documento de identificación NIT	57. Número del documento de identificación 901901756	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección Carrera 29C 79 - 32		Teléfono fijo o Celular 3182480286	
Correo Electrónico reurs@humanosoutplus.sg.com		Departamento Bogotá	Municipio / Distrito Bogotá

60. Tipo de Novedad		61. Datos básicos de identificación	
☐ 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		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	F	M	T	NB
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	Cual				
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones		
		04/12/2025	Código				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES							
☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen 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 Ssbén 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 Amparo Iofano Bailla	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio [Firma]
---	---

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 760 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.	Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT 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		95. Firma del funcionario		96. Fecha de radicación		97. Fecha de validación	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad					

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



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador UNION TEMPORAL PLUS 5 G identificado con NIT número 901901756 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9614931	01/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1000463198	MAICOLESTEVAN RABELO VALLEJO	1423500	JARDINERO	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador UNION TEMPORAL PLUS 5 G identificado con NIT número 901901756 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9614936	01/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52506120	SANDRALILIANA ESPINOSA RODRIGUEZ	1423500	ASEADOR	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015923295	1 1 1 2 2 0 2 5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		D. De oficio ☐		A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante			7.Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			1		

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)									
8.Apellidos y nombres									
ALMEIDA Primer apellido		ELGUEDO Segundo apellido			ENITH Primer nombre		ELENA Segundo nombre		
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad			11.Sexo biológico		12.Sexo identificación		
CC		32855412			Femenino ☒ Masculino ☐		F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
13. Nacionalidad		14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento			
COLOMBIA		País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA				1/9/04 1/9/81			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales									
16.Etnia		17.Comunidad		18.Discapacidad		Si ☐ No ☒			
6				Categoria Discapacidad					
19.Tiene encuesta SISBEN			20.Clasificación SISBEN			21.Grupo población especial			
SI ☐ NO ☒			Nivel			Grupo			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.				PROTECCION		1423500			
26.Residencia									
CR 18 17 114. Dirección		3502105 Telefono fijo		3502105088 Telefono celular		ELENAELGUEDOELGUEDO@GMAIL.COM Correo electronico			
ATLANTICO Departamento		BARRANQUILLA Municipio/Distrito		44 Localidad / comuna		zona		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐	
						Urbana centro poblado ☐		Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante									
27. Apellidos y nombres									
Primer apellido		Segundo apellido			Primer nombre		Segundo nombre		
28. Tipo documento de identidad		29. Número documento identidad			30. Sexo biológico		31. Sexo identificación		
					Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
32. Nacionalidad		33. Lugar Nacimiento				34. Fecha Nacimiento			
		País:		Departamento:		Municipio:			

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

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

43.Parentesco		44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													
51. Datos de residencia													
Departamento				Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
					Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural					
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													
Dirección				Localidad/Comuna				Correo Electrónico					
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS			54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)		
C	VS 20 DE JULIO BARRANQUILLA - VS UOD PRADO		VS20JULIOB - VSUODPRADO		
B	-		-		
B	-		-		
B	-		-		

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

55. Nombre o razón social			56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
UNION TEMPORAL PLUS G			NIT		901901756		01	
59. Ubicación								
CR 29 C 79 32 Dirección		4578909 Teléfono fijo o celular		RECURSOSHUMANOS@UTPLUS5G.COM Correo electrónico			BOGOTA Departamento	
							BOGOTA Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización documento de identidad

☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
Código:

☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 14. Movilidad:

☐ A. Régimen Contributivo

☐ B. Régimen Subsidiado

☐ 15.Traslado:

☐ A. Mismo régimen

☐ B. Diferente régimen

☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia

☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico

Femenino ☐

Masculino ☐

63.Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

66.Fecha de Novedad

67.Motivo de traslado

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

1|1|2|2|0|2|5

Código:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72.☒ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76.☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

Elena Almeida

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐

Cantidad: Total:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del Departamento

93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación

97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015921855	11/11/22 02:5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐		Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante			7.Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			1		

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)									
8.Apellidos y nombres									
DIAZ Primer apellido			RODRIGUEZ Segundo apellido			YOLEIDA Primer nombre		Segundo nombre	
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad			11.Sexo biológico		12.Sexo identificación		
CC		1049534024			Femenino ☒ Masculino ☐		F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
13. Nacionalidad		14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento			
COLOMBIA		País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA				1/4/01 1/9 8/7			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales									
16.Etnia		17.Comunidad		18.Discapacidad		Si ☐ No ☒			
6				Categoria Discapacidad					
19.Tiene encuesta SISBEN		20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial					
SI ☐ NO ☒		Nivel		Grupo					
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL			23. Administradora de Pensiones			24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.			PORVENIR FPC			1423500			
26.Residencia									
CL 64 D 120 13 PIS 2		3213731		3213731319		RODRIGUESZAMORAJANDELDAVID@GMAIL.COM			
Dirección		Telefono fijo		Telefono celular		Correo electronico			
BOGOTA		BOGOTA		ENGATIVÁ		Urbana cabecera municipal		Rural dispersa	
Departamento		Municipio/Distrito		Localidad / comuna		zona Urbana centro poblado		Resto rural	
						☒		☐	
						☐		☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante									
27. Apellidos y nombres									
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre		Segundo nombre	
28. Tipo documento de identidad			29. Número documento identidad			30. Sexo biológico		31. Sexo identificación	
						Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
32. Nacionalidad			33. Lugar Nacimiento			34. Fecha Nacimiento			
			País:		Departamento:		Municipio:		

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales									
25. Afiliados unipersonales									

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario		17. Empleado	18. Clasificación	19. Ingresos

43.Parentesco		44.Etnia		45.Comunidad		46.Grupo poblacional especial		47.Encuesta SISBEN		48.Clasiificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
B1								Si No		Nivel Grupo		Si No Categoría			Si No	
B2																
B3																
B4																
B5																
51. Datos de residencia																
Departamento						Municipio/Distrito		Zona				Teléfono Fijo y/o celular		52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
								Cabecera municipal		Centro poblado						
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																
Dirección						Localidad/Comuna						Correo Electrónico				
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

Selección de la IPS Primaria									
50.1	50.2	50.3	50.4	50.5	50.6	50.7	50.8	50.9	50.10

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C	VS NUESTRO BOGOTA - VS NUESTRO BOGOTA	VS NBOGOTA - VS NBOGOTA	
B	-	-	
B	-	-	
B	-	-	

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

55. Nombre o razón social			56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
UNION TEMPORAL PLUS G			NIT		901901756		01	
59. Ubicación								
CR 29 C 79 32 Dirección		4678900 Teléfono fijo o celular		RECURSOSHUMANOS@UTPLUS5G.COM Correo electrónico			BOGOTA Departamento	
							BOGOTA Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización documento de identidad

☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
Código:

☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 14. Movilidad:

☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado

☐ 15.Traslado:

☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen

☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia

☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico
Femenino ☐ Masculino ☐

63.Sexo identificación
F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

66.Fecha de Novedad
1|0|1|2|2|0|2|5

67.Motivo de traslado
Código:

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72.☒ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76.☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

Yolanda Diaz

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
Cantidad: Total:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del Departamento

93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

95. Firma del funcionario

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

96. Fecha de Radicación

97. Fecha de Validación

Observaciones



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012493268
9012493268

No. de Radicación SAT
30018924

Fecha de Radicación

03 | 12 | A | 2025 | A

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia ☒ - 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 registrar por la EPS)
--	--	--	--	---	--	---

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

8. Apellidos y nombres YAGUAPAZ Primer Apellido	PINCHAO Segundo Apellido	ROSA Primer Nombre	AVELINA Segundo Nombre	
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1086134260	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	13. Nacionalidad
14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento 19 D 08 M A 1987 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.423.500	25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Dirección			Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento		Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐	

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

27. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
28. Tipo de documento de identidad 	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ 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. Apellidos y nombres																				
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre								
B1																				
B2																				
B3																				
B4																				
B5																				
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino		40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual			41. Lugar de nacimiento Pais Departamento Municipio			42. Fecha de nacimiento									
B1												D	D	M	M	A	A	A	A	
B2													D	D	M	M	A	A	A	A
B3													D	D	M	M	A	A	A	A
B4													D	D	M	M	A	A	A	A
B5													D	D	M	M	A	A	A	A

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

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

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

55. Nombre o razón social UNION TEMPORAL PLUS	56. Tipo de documento de identificación NT	57. Número del documento de identificación 901901756	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CARRERA 29C 79-32	5000000	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad				
1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐				
4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código 6. Reporte de pago a través de un tercero Código				
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☒				
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 Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		63. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
						64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad D 02 M 12 A 2025 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.	☐ 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.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐ 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.
☐ 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.	☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 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.	☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad					

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. Apellidos y nombres				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
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: CARGO: AUXILIAR DE ALMACEN			

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.



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012486626
9012486626

No. de Radicación SAT
30008588

Fecha de Radicación

01 | 12 | A | 2025 | A

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia ☒ - 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 registrar por la EPS)
--	--	--	--	---	--	---

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

8. Apellidos y nombres BERNAL Primer Apellido	ARDILA Segundo Apellido	SERGIO Primer Nombre	Segundo Nombre
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 79361824	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio
15. Fecha de nacimiento 25 D 09 M A 1964 A A			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.423.500		25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Dirección		Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna		Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ Zona

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 Femenino ☐ Masculino ☐ 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. Apellidos y nombres																				
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre								
B1																				
B2																				
B3																				
B4																				
B5																				
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual			41. Lugar de nacimiento Pais Departamento Municipio			42. Fecha de nacimiento										
B1												D	D	M	M	A	A	A	A	
B2													D	D	M	M	A	A	A	A
B3													D	D	M	M	A	A	A	A
B4													D	D	M	M	A	A	A	A
B5													D	D	M	M	A	A	A	A

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

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

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

55. Nombre o razón social UNION TEMPORAL PLUS	56. Tipo de documento de identificación NT	57. Número del documento de identificación 901901756	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CARRERA 29C 79-32	5000000	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad				
1. Modificación de datos básicos de identificación		2. Corrección de datos básicos de identificación		3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios		5. Terminación de la inscripción en la EPS		Código
6. Reporte de pago a través de un tercero		Código		
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales		8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales		9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
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		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Femenino Masculino		D D M M A A A A	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
D D M M A A		01 12 2025		Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y 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.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐ 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.
☐ 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.	☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 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.	☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad					

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		95. Firma del funcionario			
96. Fecha de radicación		97. Fecha de validación		OBSERVACIONES:			
D D M M A A A A		D D M M A A A A		CARGO: AUXILIAR DE ALMACEN			

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.



NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/12/2025, el empleador UNION TEMPORAL PLUS 5 G identificado con NIT número 901901756 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9626259	03/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	65588903	SANDRAMILENA PULIDO GARCIA	1423500	ASEADOR	2025-12-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C28553903	LOZANO BONILLA AMPARO	01/12/2025		22494194	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C57443254	MANGA ZARATE ANNERIS CECILIA	01/12/2025		16922822	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 01 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C5600421	GALEANO GALEANO BERNARDO	02/12/2025		14393157	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533558182

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1054120305	GOMEZ LADINO ELMER DAVID	01/12/2025		21702124	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 10 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C32855412	ALMEIDA ELGUEDO ENITH ELENA	11/12/2025		128w1912	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122534460776

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.
Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.3, 172.16.42.57

Medellín, 01 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1033715689	BUITRAGO ROJAS JOHN FREDY	02/12/2025		18443z1 ³	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533558182

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1016091317	LUNA BEJARANO KAREN Yael	01/12/2025		24224022	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1000463198	RABELO VALLEJO MAICOL ESTEVAN	01/12/2025		41123T8N	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 17 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 2		Porcentaje Cotización:	1.044 %
C40035645	RAMIREZ SUAREZ MIRIAM STELLA	18/12/2025		16612724	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/12/2025 14:27:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.3, 172.16.42.57

Medellín, 01 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1086134260	YAGUAPAZ PINCHAO ROSA AVELINA	02/12/2025		H017711c	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533558182

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C52506120	ESPINOSA RODRIGUEZ SANDRA LILIANA	01/12/2025		151H'131	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 01 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C65588903	PULIDO GARCIA SANDRA MILENA	02/12/2025		14411672	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533558182

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.
Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Medellín, 29 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79361824	BERNAL ARDILA SERGIO	01/12/2025		22214622	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190350122533328031

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.239.205.53, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Medellín, 09 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de UNION TEMPORAL PLUS 5G.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 2		Porcentaje Cotización:	1.044 %
C1049534024	DIAZ RODRIGUEZ YOLEIDA	10/12/2025		219G9312	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/12/2025 12:18:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.237.170.176, 192.230.104.3, 172.16.42.57



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 28553903
Nombres y Apellidos	AMPARO LOZANO BONILLA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

ttluip10S



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 57443254
Nombres y Apellidos	ANNERIS CECILIA MANGA ZARATE
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

6d29n7k9S



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 5600421
Nombres y Apellidos	BERNARDO GALEANO GALEANO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	2/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	JARDINERO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

4aAXWXSis



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1054120305		
Nombres y Apellidos	ELMER DAVID	GOMEZ	LADINO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756		
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G		
Código Sucursal			
Código Centro de Costo			
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025		
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025		
Cargo	JARDINERO		
Horas Labor Mes	230		
Sueldo básico	\$ 1423500		

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

TrLSXkzjS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1033715689
Nombres y Apellidos	JOHN FREDY BUITRAGO ROJAS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	2/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	JARDINERO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

4okYt6gPS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1016091317
Nombres y Apellidos	KAREN Yael LUNA BEJARANO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

JmCBEScJS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC	1000463198
Nombres y Apellidos	MAICOL ESTEVAN	RABELO VALLEJO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2	901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G	
Código Sucursal		
Código Centro de Costo		
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025	
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025	
Cargo	JARDINERO	
Horas Labor Mes	230	
Sueldo básico	\$	1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

AjldNmBdS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1086134260		
Nombres y Apellidos	ROSA AVELINA	YAGUAPAZ	PINCHAO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756		
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G		
Código Sucursal			
Código Centro de Costo			
Fecha de Ingreso Empresa	2/12/2025		
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025		
Cargo	OPERARIO DE ASEO		
Horas Labor Mes	230		
Sueldo básico	\$ 1423500		

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

nMJH3d2GS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 52506120
Nombres y Apellidos	SANDRA LILIANA ESPINOSA RODRIGUEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

ISwiYAK8S



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 65588903
Nombres y Apellidos	SANDRA MILENA PULIDO GARCIA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	2/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

0dGpIRmQS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio



Bogotá DC. 3 de Diciembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79361824
Nombres y Apellidos	SERGIO BERNAL ARDILA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901901756
Razón Social Empleador	UNION TEMPORAL PLUS 5G
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	1/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/12/2025
Cargo	OPERARIO DE ASEO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

EefA6E2IS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio

No. de Radicación

3/12/2025

03 DIC 2025

Cód+671 Sandra Liliana Rincón R. SUJETO A VERIFICACIÓN

Sello asesor

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

1. Tipo de trámite	A. Individual:	B. Colectiva	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	A. Dependiente	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	• Cotizante o cabeza de Familia		A. Contributivo	Si	A. Cotizante	B. Independiente	01
B. Reporte de Novedades	• Beneficiario o afiliado adicional	C. Institucional	B. Subsidiado	No	B. Cabeza de familia	C. Pensionado	

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

8. Apellidos y nombres	GOMEZ	LADINO	ELMER	DAVID									
9. Tipo de documento de identidad	CC	10. Número de documento de identidad	1054120305	11. Sexo biológico	Femenino	Masculino	12. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cuál?
13. Nacionalidad	COLOMBIANA	14. Lugar de nacimiento	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	03-01-2006						

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Si	No	Categoría de discapacidad							
19. Tiene encuesta SISBEN	Si	No	20. Clasificación SISBEN	Nivel	Grupo	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	SURA				
23. Administradora de Pensiones	PORVENIR	24. Ingreso base de cotización - IBC	1423500	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	CALLE 57 BID SUR 75F 04						
27. Teléfono Fijo	3142831396	elmerdavidgomezladino123@gmail.com			BOGOTA							
BOGOTA		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 de documento de identidad	30. Sexo biológico	Femenino	Masculino	31. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)							

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. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	Femenino	Masculino	40. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
55. Nombre o razón social UNION TEMPORAL PLUS 5G			
56. Tipo de documento de identificación NIT	57. Número del documento de identificación 901901756	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CARRERA 29 C 79 32		3182480286	
Teléfono fijo o Celular recursoshumanos@utplus5g.com		Departamento BOGOTA	Municipio/Distrito BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES		
60. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de 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	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico ☐ Femenino ☐ Masculino	63. Sexo identificación ☐ F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año) 01-12-2025		67. Motivo de traslado Cod. 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA			
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

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

X. ANEXOS	
☐ 82. Anexo copia del documento de identidad CN RC TI CC PA CE CD SC PT Cantidad de documentos de identidad anexos: ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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 de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES: Aporte Enero 1054120305	Sello asesor
--	-------------------------------------

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

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☐	☐
¿ Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	☐	☐
¿ Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	☐	☐
¿ Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	☐	☐
¿ Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☐	☐
¿ Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	☐	☐

SI: ☒ Correo electrónico: elmerdavidadomezladino123@gmail.com NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Elmer David Gomez

No. Identificación: _____

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección: _____

de domicilio: _____



Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: <https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos>.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al

interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que Compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace <https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos> o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A - 47, ventanilla de correspondencia.

SI ☒ No ☐

Firma del afiliado: Elmer David Gomez

No. Identificación: 1054120305

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

3/12/2025

03 DIC 2025

Cód-671 Sandra Liliana Rincón R.

SUJETO A VERIFICACIÓN

Sello asesor

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

1. Tipo de trámite	A. Individual:	B. Colectiva	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	A. Dependiente	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	• Cotizante o cabeza de Familia		A. Contributivo	Si	A. Cotizante	B. Independiente	01
B. Reporte de Novedades	• Beneficiario o afiliado adicional		B. Subsidiado	No	B. Cabeza de familia	C. Pensionado	

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

8. Apellidos y nombres	BUITRAGO	ROJAS	JOHN	FREDY								
9. Tipo de documento de identidad	CC	10. Número de documento de identidad	1033715689	11. Sexo biológico	Femenino	12. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cuál?
13. Nacionalidad	COLOMBIANA	14. Lugar de nacimiento	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	14-06-1989					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Si	No	Categoría de discapacidad					
19. Tiene encuesta SISBEN	Si	No	20. Clasificación SISBEN	Nivel	Grupo	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	SURA		
23. Administradora de Pensiones	PORVENIR	24. Ingreso base de cotización - IBC	1423500	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	CLL 55 33 17 SUR				
27. Teléfono Fijo	3144633437	28. Correo Electrónico	jhoncitobr@gmail.com			29. Localidad	BOGOTA			
30. Localidad	BOGOTA	31. Localidad/Comuna				32. 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 de documento de identidad	30. Sexo biológico	Femenino	31. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)						

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. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	Femenino	Masculino	40. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

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

55. Nombre o razón social UNION TEMPORAL PLUS 5G			
56. Tipo de documento de identificación NIT	57. Número del documento de identificación 901901756	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CARRERA 29 C 79 32			3182480286
Teléfono fijo o Celular recursoshumanos@utplus5g.com		Departamento BOGOTA	Municipio/Distrito BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de 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	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico ☐ Femenino ☐ Masculino	63. Sexo identificación ☐ F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año) 02-12-2025		67. Motivo de traslado Cod. 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad CN RC TI CC PA CE CD SC PT Cantidad de documentos de identidad anexos: ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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 de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES: 1033715689	Aporte Enero	 Sello asesor
-------------------------------------	---------------------	------------------------------

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

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☒	☐
¿ Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	☒	☐
¿ Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
¿ Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	☒	☐
¿ Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☒	☐
¿ Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	☒	☐

SI: ☒ Correo electrónico: ihoncitobr@gmail.com NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: John Butrigo

No. Identificación: 1033715689

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección: _____

de domicilio: _____



Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: <https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos>.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al

interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace <https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos> o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A - 47, ventanilla de correspondencia.

Si ☒ No ☐

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: 1033715689

John Butrigo

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

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen		4. Contribución solidaria	
1. Tipo de Trámite		A. Individual		A. Contributivo		Si No	
A. Afiliación		B. Colectiva		B. Subsidado			
B. Reporte de Novedades		C. Institucional					
5. Tipo de Afiliado		6. Tipo de Cotizante		7. Código			
A. Cotizante		A. Dependiente		(A registrar por la EPS)			
B. Cabeza de Familia		B. Independiente					
C. Beneficiario		C. Pensionado					
D. Afiliado adicional							

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplica y afiliado adicional)							
8. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Bouilla		Amparo			
9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación	
CC		28553903		Femenino X Masculino		F X M T NB Otro	
14. Lugar de nacimiento		País		Departamento		Municipio	
Colombia		Tolima		Purificación		15. Fecha de nacimiento	
						07/01/1981	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS							
Datos Personales							
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN	
				Si No		Si No	
				Categoría de discapacidad		Nivel Grupo	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
Suva		Porvenir		1423500			
26. Residencia Dirección							
Calle 33A 69 P 35							
Teléfono Celular							
3132482027							
Correo Electrónico							
amparo07ano9240@gmail.com							
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna		Zona	
Bogotá		Bogotá				Cabecera Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural	

Datos Básicos de Identificación de los miembros del núcleo familiar							
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante							
27. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación	
				Femenino Masculino		F M T NB Otro	
33. Lugar de nacimiento		País		Departamento		Municipio	
34. Fecha de nacimiento							

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales							
35. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico	
						Femenino Masculino	
40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento			
F M T NB Otro		País Departamento Municipio					
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario							
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial	
47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
Si No		Nivel Grupo		Si No		Si No	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia				52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar en EPS)			
Departamento		Municipio / Distrito		Zona		Teléfono fijo y/o celular	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
Dirección				Correo Electrónico			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

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

55. Nombre o razón social Unión Temporal Plus 56	56. Tipo documento de identificación NIT	57. Número del documento de identificación 901901756	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección Carrera 29C 79 - 32		Teléfono fijo o Celular 3182480286	
Correo Electrónico reurs@humanosoutplus.sg.com		Departamento Bogotá	Municipio / Distrito Bogotá

60. Tipo de Novedad		61. Datos básicos de identificación	
☐ 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		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	F	M	T	NB
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	Cual				
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones		
		04/12/2025	Código				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES							
☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen 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 Ssbén 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 Amparo Iofano Bailla	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio [Firma]
---	---

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 760 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.	Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT 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		95. Firma del funcionario		96. Fecha de radicación		97. Fecha de validación	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad					

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



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador UNION TEMPORAL PLUS 5 G identificado con NIT número 901901756 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9614931	01/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1000463198	MAICOLESTEVAN RABELO VALLEJO	1423500	JARDINERO	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador UNION TEMPORAL PLUS 5 G identificado con NIT número 901901756 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9614936	01/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52506120	SANDRALILIANA ESPINOSA RODRIGUEZ	1423500	ASEADOR	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015923295	1 1 1 2 2 0 2 5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐		Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante			7.Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			1		

A. AFILIACIÓN

8.Apellidos y nombres									
ALMEIDA Primer apellido			ELGUEDO Segundo apellido				ENITH Primer nombre		ELENA Segundo nombre
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad			11.Sexo biológico		12.Sexo identificación		
CC		32855412			Femenino ☒ Masculino ☐		F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
13. Nacionalidad		14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento			
COLOMBIA		País: COLOMBIA		Departamento: BOGOTA		Municipio: BOGOTA		1/9/04 1/9/8 1	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia 6		17.Comunidad		18.Discapacidad Categoría Discapacidad		Si ☐ No ☒	
19.Tiene encuesta SISBEN SI ☐ NO ☒		20.Clasificación SISBEN Nivel Grupo		21.Grupo población especial 			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		23. Administradora de Pensiones PROTECCION		24. Ingreso base de cotización - IBC 1423500		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26.Residencia							
CR 18 17 114. Dirección		3502105 Telefono fijo		3502105088 Telefono celular		ELENAELGUEDOELGUEDO@GMAIL.COM Correo electronico	
ATLANTICO Departamento		BARRANQUILLA Municipio/Distrito		44 Localidad / comuna		zona Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y nombres											
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		
28. Tipo documento de identidad			29. Número documento identidad			30. Sexo biológico			31. Sexo identificación		
						Femenino ☐ Masculino ☐			F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
32. Nacionalidad			33. Lugar Nacimiento			34. Fecha Nacimiento					
			País:		Departamento:		Municipio:				

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales									
35. Apellidos y nombres									

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario							
43. Representa a	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional	47. Encuesta	48. Clasificación	49. Discapacidad	50. Incapacidad

43.Parentesco		44.Etnia		45.Comunidad especial		SISBEN		SISBEN				Permanente	
						Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría	Si No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

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

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)	
C	VS 20 DE JULIO BARRANQUILLA - VS UOD PRADO	VS20JULIOB - VSUODPRADO	
B	-	-	
B	-	-	
B	-	-	

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

55. Nombre o razón social			56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
UNION TEMPORAL PLUS G			NIT		901901756		01	
59. Ubicación								
CR 29 C 79 32 Dirección		4578909 Teléfono fijo o celular		RECURSOSHUMANOS@UTPLUS5G.COM Correo electrónico			BOGOTA Departamento	
							BOGOTA Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización documento de identidad

☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
Código:

☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 14. Movilidad:

☐ A. Régimen Contributivo

☐ B. Régimen Subsidiado

☐ 15.Traslado:

☐ A. Mismo régimen

☐ B. Diferente régimen

☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia

☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico

Femenino ☐

Masculino ☐

63.Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

66.Fecha de Novedad

67.Motivo de traslado
Código:

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

1|1|2|2|0|2|5

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72.☒ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76.☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐

Cantidad: Total:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del Departamento

93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación

97. Fecha de Validación

Observaciones

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015921855	11/11/22 02:5

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐		Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante			7.Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			1		

8.Apellidos y nombres											
DIAZ Primer apellido			RODRIGUEZ Segundo apellido				YOLEIDA Primer nombre			Segundo nombre	
9.Tipo documento de Identidad			10.Número del documento de Identidad				11.Sexo biológico		12.Sexo identificación		
CC			1049534024				Femenino ☒ Masculino ☐		F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		
13. Nacionalidad			14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento				
COLOMBIA			País: COLOMBIA		Departamento: BOGOTA		Municipio: BOGOTA		1/4/01 1/9/87		

Datos personales									
16.Etnia		17.Comunidad			18.Discapacidad				
6					Si ☐ No ☒				
					Categoría Discapacidad				
19.Tiene encuesta SISBEN		20.Clasificación SISBEN			21.Grupo población especial				
SI ☐ NO ☒		Nivel			Grupo				
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones			24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.				PORVENIR FPC			1423500		
26.Residencia									
CL 64 D 120 13 PIS 2		3213731		3213731319		RODRIGUESZAMORAJANDELDAVID@GMAIL.COM			
Dirección		Telefono fijo		Telefono celular		Correo electronico			
BOGOTA		BOGOTA		BOGOTA		ENGATIVÁ			
Departamento		Municipio/Distrito		Localidad / comuna		zona			
						Urbana cabecera municipal ☒		Rural dispersa ☐	
						Urbana centro poblado ☐		Resto rural ☐	

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante									
27. Apellidos y nombres									
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre		Segundo nombre	
28. Tipo documento de identidad		29. Número documento identidad			30. Sexo biológico		31. Sexo identificación		
					Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
32. Nacionalidad			33. Lugar Nacimiento			34. Fecha Nacimiento			
			País: Departamento: Municipio:						

[illegible]

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo poblacional especial		47. Encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Incapacidad Permanente										
B1								Si		No		Nivel		Grupo		Si		No		Categoria		Si		No	
B2																									
B3																									
B4																									
B5																									
51. Datos de residencia																									
Departamento						Municipio/Distrito		Zona				Teléfono Fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)											
								Cabecera municipal		Centro poblado									Rural dispersa		Resto rural				
B1																									
B2																									
B3																									
B4																									
B5																									
Dirección						Localidad/Comuna						Correo Electrónico													
B1																									
B2																									
B3																									
B4																									
B5																									

53. Nombre de la institución Prestadora de Salud - IPS			54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C		VS NUESTRO BOGOTA - VS NUESTRO BOGOTA	VS NBOGOTA - VS NBOGOTA	
B		-	-	
B		-	-	
B		-	-	

55. Nombre o razón social			56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
UNION TEMPORAL PLUS G			NIT		901901756		01	
59. Ubicación								
CR 29 C 79 32 Dirección		4678900 Teléfono fijo o celular		RECURSOSHUMANOS@UTPLUS5G.COM Correo electrónico			BOGOTA Departamento	
							BOGOTA Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización documento de identidad

☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
Código:

☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 14. Movilidad:

☐ A. Régimen Contributivo

☐ B. Régimen Subsidiado

☐ 15.Traslado:

☐ A. Mismo régimen

☐ B. Diferente régimen

☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia

☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico

Femenino ☐

Masculino ☐

63.Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

66.Fecha de Novedad

67.Motivo de traslado

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

1|0|1|2|2|0|2|5

Código:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72.☒ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76.☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

Yolanda Diaz

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario



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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐

Cantidad: Total:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del Departamento

93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación

97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012493268
9012493268

No. de Radicación SAT
30018924

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

Fecha de Radicación
03 | 12 | A 2025 | A

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. 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 registrar por la EPS)
--	--	--	--	---	--	---

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

8. Apellidos y nombres YAGUAPAZ Primer Apellido	PINCHAO Segundo Apellido	ROSA Primer Nombre	AVELINA Segundo Nombre	
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1086134260	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	13. Nacionalidad
14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento 19 D 08 M A 1987 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		23. Administradora de Pensiones			24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.423.500	25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Dirección		Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna		Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ Zona

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 Femenino ☐ Masculino ☐ 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. Apellidos y nombres																					
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre									
B1																					
B2																					
B3																					
B4																					
B5																					
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación				41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento									
			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio								
B1														D	D	M	M	A	A	A	A
B2														D	D	M	M	A	A	A	A
B3														D	D	M	M	A	A	A	A
B4														D	D	M	M	A	A	A	A
B5														D	D	M	M	A	A	A	A

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

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

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

55. Nombre o razón social UNION TEMPORAL PLUS	56. Tipo de documento de identificación NT	57. Número del documento de identificación 901901756	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CARRERA 29C 79-32	5000000	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad				
1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐				
4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código 6. Reporte de pago a través de un tercero Código				
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☒				
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 Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		63. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
						64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad D 02 M 12 A 2025 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.	☐ 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.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐ 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.
☐ 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.	☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 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.	☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad					

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. Apellidos y nombres				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
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: CARGO: AUXILIAR DE ALMACEN			

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.



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012486626
9012486626

No. de Radicación SAT
30008588

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

Fecha de Radicación
01 | 12 | M | A | 2025 | A

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. 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 registrar por la EPS)
--	--	--	--	---	--	---

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

8. Apellidos y nombres BERNAL Primer Apellido	ARDILA Segundo Apellido		SERGIO Primer Nombre		Segundo Nombre	
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 79361824		11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒		12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	
13. Nacionalidad		14. Lugar de nacimiento		15. Fecha de nacimiento 25 D 09 M A 1964 A A		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		23. Administradora de Pensiones			24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.423.500		25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia		Dirección		Teléfono fijo		Teléfono celular	
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna		Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ Zona	

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 Femenino ☐ Masculino ☐ 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. Apellidos y nombres																						
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre										
B1																						
B2																						
B3																						
B4																						
B5																						
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación				41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento									
			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	Pais	Departamento	Municipio									
B1															D	D	M	M	A	A	A	A
B2															D	D	M	M	A	A	A	A
B3															D	D	M	M	A	A	A	A
B4															D	D	M	M	A	A	A	A
B5															D	D	M	M	A	A	A	A

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

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

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

55. Nombre o razón social UNION TEMPORAL PLUS	56. Tipo de documento de identificación NT	57. Número del documento de identificación 901901756	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CARRERA 29C 79-32	5000000	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad				
1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐				
4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código 6. Reporte de pago a través de un tercero Código				
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☒				
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 Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		63. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
						64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad D 01 M 12 A 2025 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.	☐ 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.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐ 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.
☐ 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.	☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 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.	☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad					

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. Apellidos y nombres				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
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: CARGO: AUXILIAR DE ALMACEN			

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.



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/12/2025, el empleador UNION TEMPORAL PLUS 5 G identificado con NIT número 901901756 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9626259	03/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	65588903	SANDRAMILENA PULIDO GARCIA	1423500	ASEADOR	2025-12-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015874529	01/11/22 02:5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐		Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante			7.Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			1		

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)									
8.Apellidos y nombres									
MANGA Primer apellido			ZARATE Segundo apellido			ANNERIS Primer nombre		CECILIA Segundo nombre	
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad			11.Sexo biológico		12.Sexo identificación		
CC		57443254			Femenino ☒ Masculino ☐		F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
13. Nacionalidad		14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento			
COLOMBIA		País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA				03 03 19 7 3			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales									
16.Etnia		17.Comunidad			18.Discapacidad				
6					Si ☐ No ☒ Categoría Discapacidad				
19.Tiene encuesta SISBEN		20.Clasificación SISBEN							
SI ☐ NO ☒		Nivel		Grupo		21.Grupo población especial			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.				PROTECCION		1423500			
26.Residencia									
CL 48X BIS SUR NO 5F 11			3012888		3012888629		HAENDEL_333@HOTMAIL.COM		
Dirección			Telefono fijo		Telefono celular		Correo electronico		
BOGOTA			BOGOTA		BARRIOS UNIDOS				
Departamento			Municipio/Distrito		Localidad / comuna		zona		
							Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante									
27. Apellidos y nombres									
Primer apellido		Segundo apellido			Primer nombre		Segundo nombre		
28. Tipo documento de identidad		29. Número documento identidad			30. Sexo biológico		31. Sexo identificación		
					Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
32. Nacionalidad				33. Lugar Nacimiento			34. Fecha Nacimiento		
				País:		Departamento:		Municipio:	

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

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

43.Parentesco			44.Etnia		45.Comunidad		46.Grupo poblacional especial		47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
									Si No		Nivel Grupo		Si No Categoría			Si No	
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	
51. Datos de residencia																	
Departamento						Municipio/Distrito		Zona				Teléfono Fijo y/o celular		52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
								Cabecera municipal		Centro poblado							
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	
Dirección								Localidad/Comuna						Correo Electrónico			
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS			54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)		
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA		VSOLAYA - DENTOOLAYA		
B		-			-
B		-			-
B		-			-

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

55. Nombre o razón social			56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
UNION TEMPORAL PLUS G			NIT		901901756		01	
59. Ubicación								
CR 29 C 79 32 Dirección		7282939 Teléfono fijo o celular		RECURSOSHUMANOS@UTPLUS5G.COM Correo electrónico			BOGOTA Departamento BOGOTA Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización documento de identidad

☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
Código:

☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 14. Movilidad:

☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado

☐ 15.Traslado:

☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen

☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia

☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico

Femenino ☐

Masculino ☐

63.Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

66.Fecha de Novedad

67.Motivo de traslado

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

0|1|2|2|0|2|5

Código:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72.☒ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76.☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

Cecilia Manga

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐

Cantidad: Total:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del Departamento

93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación

97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015889596	0 3 1 2 2 0 2 5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		D. De oficio ☐		A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante			7.Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			1		

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)									
8.Apellidos y nombres									
GALEANO Primer apellido			GALEANO Segundo apellido			BERNARDO Primer nombre		Segundo nombre	
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad			11.Sexo biológico		12.Sexo identificación		
CC		5600421			Femenino ☐ Masculino ☒		F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		
13. Nacionalidad		14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento			
COLOMBIA		País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA				1/5/01 1/9/616			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales									
16.Etnia		17.Comunidad		18.Discapacidad		Si ☐ No ☒			
6				Categoria Discapacidad					
19.Tiene encuesta SISBEN			20.Clasificación SISBEN			21.Grupo población especial			
SI ☐ NO ☒			Nivel			Grupo			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL			23. Administradora de Pensiones			24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.			PORVENIR FPC			1423500			
26.Residencia									
CL 75 N 70D 31		3214804		3214804105		BERNARDOGALEANO@GMAIL.COM			
Dirección		Telefono fijo		Telefono celular		Correo electronico			
BOGOTA		BOGOTA		MÁRTIRES		Urbana cabecera municipal		Rural dispersa	
Departamento		Municipio/Distrito		Localidad / comuna		zona		Resto rural	
						Urbana centro poblado			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante									
27. Apellidos y nombres									
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
28. Tipo documento de identidad		29. Número documento identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación			
				Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐			
32. Nacionalidad		33. Lugar Nacimiento				34. Fecha Nacimiento			
		País:		Departamento:		Municipio:			

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

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

43.Parentesco		44.Etnia		45.Comunidad		46.Grupo poblacional especial		47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
								Si No		Nivel Grupo		Si No Categoría			Si No	
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																
51. Datos de residencia																
Departamento						Municipio/Distrito		Zona				Teléfono Fijo y/o celular		52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
								Cabecera municipal		Centro poblado						
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																
Direccion						Localidad/Comuna						Correo Electrónico				
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C	VS CHAPINERO - VS CHAPINERO	VSCHAPINER - VSCHAPINER	
B	-	-	
B	-	-	
B	-	-	

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

55. Nombre o razón social			56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
UNION TEMPORAL PLUS G			NIT		901901756		01	
59. Ubicación								
CR 29 C 79 32 Dirección		5678997 Teléfono fijo o celular		RECURSOSHUMANOS@UTPLUS5G.COM Correo electrónico			BOGOTA Departamento	
							BOGOTA Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización documento de identidad

☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
Código:

☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 14. Movilidad:

☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado

☐ 15.Traslado:

☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen

☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia

☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico

Femenino ☐

Masculino ☐

63.Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

66.Fecha de Novedad
0|2|1|2|2|0|2|5

67.Motivo de traslado
Código:

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72.☒ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76.☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐

Cantidad: Total:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del Departamento

93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación

97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015874529	01/11/22 02/5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐		Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante			7.Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			1		

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)									
8.Apellidos y nombres									
MANGA Primer apellido			ZARATE Segundo apellido			ANNERIS Primer nombre		CECILIA Segundo nombre	
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad			11.Sexo biológico		12.Sexo identificación		
CC		57443254			Femenino ☒ Masculino ☐		F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
13. Nacionalidad		14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento			
COLOMBIA		País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA				03 03 19 7 3			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales									
16.Etnia		17.Comunidad			18.Discapacidad				
6					Si ☐ No ☒ Categoría Discapacidad				
19.Tiene encuesta SISBEN		20.Clasificación SISBEN							
SI ☐ NO ☒		Nivel		Grupo		21.Grupo población especial			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.				PROTECCION		1423500			
26.Residencia									
CL 48X BIS SUR NO 5F 11			3012888		3012888629		HAENDEL_333@HOTMAIL.COM		
Dirección			Telefono fijo		Telefono celular		Correo electronico		
BOGOTA			BOGOTA		BARRIOS UNIDOS				
Departamento			Municipio/Distrito		Localidad / comuna		zona		
							Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante									
27. Apellidos y nombres									
Primer apellido		Segundo apellido			Primer nombre		Segundo nombre		
28. Tipo documento de identidad		29. Número documento identidad			30. Sexo biológico		31. Sexo identificación		
					Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
32. Nacionalidad			33. Lugar Nacimiento			34. Fecha Nacimiento			
			País: Departamento: Municipio:						

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

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

43.Parentesco		44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													
51. Datos de residencia													
Departamento				Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
					Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural					
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													
Dirección				Localidad/Comuna					Correo Electrónico				
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS			54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)		
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA		VSOLAYA - DENTOOLAYA		
B		-			-
B		-			-
B		-			-

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

55. Nombre o razón social			56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
UNION TEMPORAL PLUS G			NIT		901901756		01	
59. Ubicación								
CR 29 C 79 32 Dirección		7282939 Teléfono fijo o celular		RECURSOSHUMANOS@UTPLUS5G.COM Correo electrónico			BOGOTA Departamento	
							BOGOTA Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización documento de identidad

☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
Código:

☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 14. Movilidad:

☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado

☐ 15.Traslado:

☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen

☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia

☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico

Femenino ☐

Masculino ☐

63.Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

66.Fecha de Novedad

67.Motivo de traslado

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

0|1|2|2|0|2|5

Código:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72.☒ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76.☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

Cecilia Manga

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐

Cantidad: Total:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del Departamento

93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación

97. Fecha de Validación

Observaciones

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015889596	0 3 1 2 2 0 2 5

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐		Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante			7.Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			1		

8.Apellidos y nombres									
GALEANO Primer apellido			GALEANO Segundo apellido			BERNARDO Primer nombre			Segundo nombre
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad			11.Sexo biológico		12.Sexo identificación		
CC		5600421			Femenino ☐ Masculino ☒		F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
13. Nacionalidad		14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento			
COLOMBIA		País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA				1/5/01/1/9/6/6			

Datos personales										
16.Etnia		17.Comunidad			18.Discapacidad					
6					Si ☐ No ☒					
					Categoría Discapacidad					
19.Tiene encuesta SISBEN		20.Clasificación SISBEN			21.Grupo población especial					
SI ☐ NO ☒		Nivel			Grupo					
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones			24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.				PORVENIR FPC			1423500			
26.Residencia										
CL 75 N 70D 31		3214804		3214804105		BERNARDOGALEANO@GMAIL.COM				
Dirección		Telefono fijo		Telefono celular		Correo electronico				
BOGOTA		BOGOTA		MÁRTIRES		zona		Urbana cabecera municipal ☒		Rural dispersa ☐
Departamento		Municipio/Distrito		Localidad / comuna				Urbana centro poblado ☐		Resto rural ☐

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante									
27. Apellidos y nombres									
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre		Segundo nombre	
28. Tipo documento de identidad		29. Número documento identidad			30. Sexo biológico		31. Sexo identificación		
					Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
32. Nacionalidad				33. Lugar Nacimiento			34. Fecha Nacimiento		
				País:		Departamento:		Municipio:	

[illegible]

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo poblacional especial		47. Encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Incapacidad Permanente										
B1								Si		No		Nivel		Grupo		Si		No		Categoría		Si		No	
B2																									
B3																									
B4																									
B5																									
51. Datos de residencia																									
Departamento						Municipio/Distrito		Zona				Teléfono Fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)											
								Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural														
B1																									
B2																									
B3																									
B4																									
B5																									
Dirección						Localidad/Comuna						Correo Electrónico													
B1																									
B2																									
B3																									
B4																									
B5																									

53. Nombre de la institución Prestadora de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C	VS CHAPINERO - VS CHAPINERO	VSCHAPINER - VSCHAPINER	
B	-	-	
B	-	-	
B	-	-	

55. Nombre o razón social			56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
UNION TEMPORAL PLUS G			NIT		901901756		01	
59. Ubicación								
CR 29 C 79 32 Dirección		5678997 Teléfono fijo o celular		RECURSOSHUMANOS@UTPLUS5G.COM Correo electrónico			BOGOTA Departamento	
							BOGOTA Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES	
60. Tipo de Novedad	
☐ 1. Modificación datos básicos de identificación	☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección datos básicos de identificación	☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 3. Actualización documento de identidad	☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.	☐ 15.Traslado: ☐ A. Mismo régimen
Código:	☐ B. Diferente régimen
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:	☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando	☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.	☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD					
61. Datos básicos de la identificación					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento	
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		
65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones		
	0 2 1 2 2 0 2 5	Código:			

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA			
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad		

IX. FIRMAS	
	
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

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

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL					
94. Apellidos y Nombres					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario			
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación				
Observaciones					

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	07
		Vigencia:	12-12-2024

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARCIAL		FECHA 31/12/2025
CONTRATO No.	OC 152640	
FECHA SUSCRIPCIÓN	30/09/2025	
OBJETO DEL CONTRATO	Servicio Integral de Aseo para las instalaciones del Comando Aéreo de Transporte Militar	
FORMADE PAGO	Dentro de los 30 días siguientes a la radicación de documentos para pago	
CONTRATISTA	Unión Temporal plus 5g N.I.T. 901901756	
INTERVENTOR	N/A	
SUPERVISOR	TE. MONTOYA PATIÑO MARIANA	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$447.002.871,99	
PLAZO DE EJECUCIÓN (DE ENTREGA)	30/06/2026	
FECHA DE INICIO	01 DICIEMBRE 2025	
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A	
FECHA DE REINICIACIÓN	N/A	
CONTRATO MODIFICATORIO No. N/A		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	N/A	
OBJETO DEL CONTRATO MODIFICATORIO	N/A	
FORMADE PAGO	N/A	
PLAZO DE EJECUCIÓN (MODIFICADO) (SI APLICA)	N/A	
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A	
En Bogotá D.C. el día 31 de DICIEMBRE de 2025, el señor CR. ANDRÉS FELIPE MAYA PINEDA Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor CATAM, la señora TE. MONTOYA PATIÑO MARIANA en su calidad de supervisora por parte del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA - COMANDO AÉREO DE TRANSPORTE MILITAR y el señor JAIRO ENRIQUE LEON SUAREZ e n su calidad Representante de UT PLUS 5G Contratista ; efectúan el correspondiente recibo PARCIAL, de los bienes y/o servicios correspondientes(s) al objeto contractual descrito en el citado contrato.		
Luego de adelantar la inspección a lo(s) bienes y/o servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y la(s) entrega(s) se cumplió dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:		
DESCRIPCIÓN DE OBRAS RECIBIDAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN DE BIENES RECIBIDOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
Jabón para loza 2 (Compra)	20,00	Líquido, en recipiente plástico de mínimo 500 ml

	FUERZA AEREOESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	07
		Vigencia:	12-12-2024

Jabón para loza 4 (Compra)	12,00	Crema, en recipiente plástico de mínimo 1000 g
Jabón en barra azul	10	
Jabón de dispensador para manos 1 (Compra)	100,00	Líquido, en recipiente plástico con dispensador y capacidad mínima de 500 ml
Limpiador multiusos 1 (Compra)	12	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 ml
Líquido desengrasante (Compra)	6,00	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 ml
Limpiador desinfectante para pisos	6	
Pastilla desinfectante para sanitario (Compra)	50	Unidad con peso mínimo de 45 g
Líquido para limpiar vidrios 2 (Compra)	10	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 500 ml, con atomizador de pistola.
Blanqueador o hipoclorito 1 (Compra)	12	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 ml
Alcohol industrial 1 (Compra)	6	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 ml
Creolina 2 (Compra)	6	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 ml
Líquido cubre rasguños para madera (Compra)	3	En recipiente plástico con capacidad mínima de 200 ml
Lustrador de muebles	3	
Cera polimerica	1	
Cera emulsionada roja (Compra)	1,00	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 ml
Sellante para pisos	6	
Removedor de cera	6	
Abrillantador para piso laminado (Compra)	6	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 ml
Jabón neutro para pisos 1 (Compra)	6	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 ml

	FUERZA AEROSPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	07
		Vigencia:	12-12-2024

Varsol ecológico 1 (Compra)	3	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 1000 ml
Ambientador 1 (Compra)	12	Líquido, en recipiente plástico con capacidad mínima de 3.785 ml
Ambientador 2 (Compra)	20	Líquido, en aerosol seguro para la capa de ozono con capacidad mínima de 400 ml
Insecticida 1	6	
Insecticida 2	6	
Limpiones 1 (Compra)	20	Unidad
Bayetilla 2	20	
Paño absorbente multiusos 1	6	
Esponjilla 3 (Compra)	5	Unidad
Esponjilla 4 (Compra)	5	Paquete X 6 unidades
Escoba 5 (Compra)	5	Unidad
Cepillos 3 (Compra)	3	Unidad
Trapero 4 (Compra)	5	Unidad
Bolsas plásticas 1 (Compra)	100,00	Paquete de mínimo 6
Bolsas plásticas 15 (Compra)	30,00	Paquete de mínimo 6
Bolsas plásticas 17 (Compra)	30,00	Paquete de mínimo 6
Bolsas plásticas 21 (Compra)	50,00	Paquete de mínimo 6
Bolsas plásticas 23 (Compra)	50,00	Paquete de mínimo 6
Guantes 1	10	

	FUERZA AEROSPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	07
		Vigencia:	12-12-2024

Guantes 3	10	
Guantes 5	5	
Papel higiénico 3 (Compra)	160,00	Rollo
Papel higiénico 1	20	
Toallas para manos 4 (Compra)	50	Rollo
Toallas para manos 5	10	
Temo para café (Compra)	1	Unidad
Destapador para sanitario (chupa) (Compra)	2,00	Unidad
Rastrillo 1 (Compra)	5	Unidad
Cuchillo de cocina (Compra)	2	Unidad
Recogedor de basura	5	Unidad
Tijeras de cocina (Compra)	2	Unidad
Balde (Compra)	2	Unidad
Espátula (Compra)	1	Unidad
Olla 2 (Compra)	1	Unidad
Carro exprimidor de traperos 2 (Compra)	1	Unidad
Carros para limpieza	1	
Mangueras 3	1	

	FUERZA AEROSPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	07
		Vigencia:	12-12-2024

Papelera 1 (Compra)	2,00	Unidad
Señales peatonales de prevención y atención 3 (Compra)	3,00	Unidad
Dispensador para papel higiénico 1 (Compra)	1	Unidad
Dispensador de toallas de manos 1 (Compra)	1	Unidad
Cortadora de césped (Arrendamiento)	1,00	Unidad
DESCRIPCION DE SERVICIOS RECIBIDOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
OPERARIO ASEO Y CAFETERÍA	11	LUNES A SÁBADO 11 OPERARIOS DOMINGOS Y FESTIVOS 2 OPERARIOS.
OPERARIO JARDINERO	4	LUNES A VIERNES 4 OPERARIOS, SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS 0 OPERARIOS.
DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor)	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
ANEXOS O ACTIVIDADES SOPORTE DE LA (S) FACTURA(S) A CANCELAR (cuando se trate de contratos de servicios de transporte (terrestre, aéreo y fluvial) servicios de operadores logísticos o cuyo objeto obedezca a servicios logísticos, servicios de atención de eventos institucionales)	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)		

	FUERZA AEROSPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	07
		Vigencia:	12-12-2024

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
Manga Zarate Anneris Cecilia	OPERARIA DE ASEO	52699944
Yaguapaz Pinchao Rosa Evelina	OPERARIA DE ASEO	1066728411
Lozano Bonilla Amparo	OPERARIA DE ASEO	567819043
Espinosa Rodriguez Sandra Liliana	OPERARIO DE ASEO	80118729
Luna Bejarano Karen Yael	OPERARIA DE ASEO	28553903
Sandra pulido	OPERARIA DE ASEO	1068134260
Enit Elena	OPERARIA DE ASEO	52506120
Miriam Ramirez	OPERARIO JARDINERIA	5600421
Yakeline rico	OPERARIA DE ASEO	51807627
Jhon Buitrago	OPERARIA DE ASEO	1013677592
Gomez Ladino Elmer David	OPERARIO JARDINERIA	1016091317
Rabelo Vallejo Maicol Estevan	OPERARIO JARDINERIA	1014264649
Galeano Galeano Benardo	OPERARIO JARDINERIA	1143404769
Kelly Vasquez	OPERARIO JARDINERIA	1143404769
Sergio Bernal	OPERARIO DE ASEO	79361824
Noriega Hernandez Solangel Amesaad	OPERARIA DE ASEO	1563414769

**AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y
CALIDAD DE LOS BIENES**

	FUERZA AEROSPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	07
		Vigencia:	12-12-2024

El pago de este recibo a satisfacción incrementa el valor y/o la vida útil del bien a intervenir.

- Incrementa el valor del bien:

SI: _____ NO: ☒ Valor del incremento: \$ _____ (Valor parcial o total correspondiente a este pago)

- Una vez ejecutado el 100% del contrato, incrementa vida útil del bien:

SI: _____ NO: ☒ Años a incrementar: _____

- En caso de ser el pago final de un contrato de obra o mantenimiento mayor sobre un bien inmueble, indique si el bien se encuentra en condiciones de uso, una vez ejecutado el 100% del Contrato:

SI _____ NO ☒

*Esta información debe guardar relación con la registrada en los estudios y documentos previos del proceso contractual.

SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

DETALLE DEL PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$447.002.871,99	
VALOR ADICIÓN / REDUCCIÓN (SEGÚN APLIQUE)	\$0	
VALOR FINAL CONTRATO	\$447.002.871,99	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	N/A	
PRIMER PAGO PARCIAL PAC DICIEMBRE Y/O CXP 2026	\$53.368.840,43	FACTURA N° UTPG 49
SALDO	\$393.634.031,56	VIGENCIA 2025: RUBRO A-02-02-02-008-005-03 \$ 2.719.295,89 PARA LIBERAR. VIGENCIA 2026: RUBRO A-02-02-02-008-005-03 \$ 300.271.539,42 RUBRO A-02-02-02-008-005-09 \$ 90.643.196,25

OBSERVACIONES

SE PRESENTARON NOVEDADES DE AUSENCIAS EN EL MES.

		Unidad																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								</
--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----



Cuenta por pagar – Comprobante.

Usuario Solicitante:

MHacastele

Adriana Castellanos Echeverry

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:

15-01-05-010

FAC COMANDO AEREO DE TRANSPORTE MILITAR CATAM

Fecha y Hora Sistema:

30/12/2025 12:00:00 p. m.

CUENTAS POR PAGAR							
Número:	710525	Fecha Registro:	2025-12-30	Unidad / Subunidad Ejecutora:	15-01-05-010 FAC COMANDO AEREO DE TRANSPORTE MILITAR CATAM		
Estado:	Radicada	Tipo de Cuenta x Pagar:	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	Nro. Compromiso:	800925	Nro. Cdp:	12525
Caja Menor-Identif.:		Caja Menor-Fecha Registro:		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Antes del Iva:	52.462.667,09	Valor Iva:	906.173,34	Valor Total:	53.368.840,43	Valor Total Moneda Original:	0,00
TERCERO							
Identificación:	901901756	Razón Social:	UNION TEMPORAL PLUS 5G				

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS			
Número:	UTPG49	Tipo	FACTURA
		Fecha:	2025-12-30

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	DESCRIPCION
12	CUMPLIDO A SATISFACCION
17	FACTURA

Objeto.:

OC 142640
UNION TEMPORAL PLUS 5G
PAC DICIEMBR Y/O CXP



FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

**Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante**

Usuario Solicitante: MHDcubides Diana Patricia Cubides Salamanca
Unidad ó Subunidad: 15-01-05-010 FAC COMANDO AEREO DE TRANSPORTE
Ejecutora Solicitante:
Fecha y Hora Sistema: 2026-01-21-2:49 p. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL									
Número:	2962026	Fecha Registro:	2026-01-14	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-01-05-010 FAC COMANDO AEREO DE TRANSPORTE MILITAR CATAM				
Vigencia Presupuestal	Reservas presupuestales	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	926	Comprobante Contable de la Generación:			
Fecha Máxima Pago:	2026-01-16	Código de Referencia:	04500072700002962026			Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Bruto:	53.368.840,43	Valor Deducciones:	539.698,00			Valor Neto:	52.829.142,43	Saldo x Pagar:	0,00

VALORES PAGADOS									
TRM Pago		Valor Bruto	53.368.840,43	Valor Deducciones	539.698,00	Valor Neto	52.829.142,43	Moneda Base Compra	Valor MBC

REINTEGROS					
Números					No Recaudo:
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	Reintegrado Deducciones Pesos:	0,00	Reintegrado Neto Pesos:	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	Reintegrado Deducciones Moneda:	0,00	Reintegrado Neto Moneda:	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO					
Identificación:	901901756	Razón Social:	UNION TEMPORAL PLUS 5G		
				Medio de Pago:	Abono en cuenta

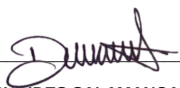
CUENTA BANCARIA							
Número:	006200805262	Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo:	Ahorro
TESORERIA				DOCUMENTO SOPORTE			
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN				Número:	UTPG49	Tipo:	FACTURA
				Fecha:	2026-01-14		

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS												
DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
010 COMANDO AEREO DE TRANSPORTE MILITAR / A-02-02-02-008-005 SERVICIOS DE SOPORTE												
	Nación	10	CSF	53.368.840,43	0,00	53.368.840,43				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES							
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES			TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO
2-01-04-01-05	RETEFUENTE - SERVICIO DE VIGILANCIA AEREA	800197268	D.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES		2,000 %	95.387,00	95.387,00
2-01-04-02-01-03	RETEFUENTE - SERVICIOS GRAVADOS - RÉGIMEN COMÚN - SERVICIOS	800197268	D.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES		15,000 %	135.926,00	135.926,00
2-01-05-01-01-03-05	RETENCIÓN A COMERCIAL SERVICIOS DEMÁS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL		0,966 %	46.072,00	46.072,00
2-03-80-01	PRO-UNIVERSIDAD NACIONAL Y DEMÁS UNIVERSIDADES ESTATALES DE	899999001	MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL		0,500 %	262.313,00	262.313,00

LINEAS DE PAGO VINCULADA					
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR	ESTADO
010 - COMANDO AEREO DE TRANSPORTE MILITAR	1-2 - ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF		2026-01-15	53.368.840,43	Pagada


T1. CUBIDES SALAMANCA DIANA
TECNICO ESPECIALISTA TESORERIA