DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, para esto adjunte documentos de los menores a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. PEP / PPT)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (FEMENINO / MASCULINO / NO DEFINIDO)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	PARENTESCO (HIJO / PADRES / HERMANOS / PADRASTRO O HIJASTROS)	DISCAPACITADO (SI / NO)	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

Javier Triana
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

Jose Carlos ospino
FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010085153	1|2|0|4|2|0|2|3

. DATOS DEL TRÁMITE

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

.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
OSPINO (Primer apellido)	ESTRADA (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	CARLOS (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1063946798	Femenino ☐ Masculino ☒	1|1|0|2|1|9|9|5

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 30 11 A 74		3166229882	ADMONBE2C@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐	57	BOGOTA

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento Identidad**	**22. Sexo** Femenino ☐ Masculino ☐	**23. Fecha de nacimiento**

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS KENNEDY - VS KENNEDY	VSKENNED - VSKENNED
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO INFRAVIALES	NIT	901625796	01

39.Ubicación Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 57 160 15	4104231	CONSORCIOINFRAVIALES@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4010085153

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

II. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|0|0|4|2|0|2|3

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

I. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

47.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.

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

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

50.☒ 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.

51.☒ 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

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

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

III. FIRMAS

José Carlos OSPINO

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

Javier Triana

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

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. 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.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE CARLOS OSPINO ESTRADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.063.946.798**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CONSORCIO INFRAVIALES	PROCESO: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO: "ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL "		Código: FOR-207-PRO-SIG-02 Version:02 Fecha:2019/04/25 Página: 1
IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR	**1.063.946.798**	**FECHA DE ENTREGA**	10-abr-23
NOMBRE DEL TRABAJADOR	JOSE CARLOS OSPINO ESTRADA		
CARGO	Ayudante de Obra		
CENTRO DE TRABAJO	**VÍAS VARIAS DEPARTAMENTO DEL CESAR**		

Dando cumplimiento a lo reglamentado en el código sustantivo de trabajo Art. 230, la Resolución 2400 de 1979 (Título IV, capítulo I y II) y al Decreto 1072 de 2015 (Art. 2.2.1.4.1 y 2.2.1.4.4 y Art. 2.2.4.6.24, enciso 5, parágrafo 1), los cuales establecen que el empleador debe suministrar dotación y los elementos de protección personal (EPP) adecuados para los trabajadores, según la naturaleza del riesgo al que se exponen, con el objetivo de protegerlos contra posibles daños para su salud y así velar por su bienestar físico, mental y social, El CONSORCIO INFRAVIALES hace entrega de los siguientes elementos, los cuales serán usados por los trabajadores, de manera complementaria a las diferentes medidas de prevención y control de los peligros y riesgos:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	TALLA	OBSERVACIONES
Tapa oídos reutilizables (Tapón EP-T06C)	1	N.A	ANSI S3.19
Chaqueta impermeable	1	N.A	
Casco dieléctrico Blanco	1	N.A	ANSI Z89.1
Lentes de Seguridad	1	N.A	N.A
Botas de cuero punta de acero	1	41	N.A
Capuchón	1	UNICO	N.A
Camisa de dryll	1	M	N.A
Pantalon de dryll	1	M	N.A

El trabajador Acepta:

- Que con la entrega de los elementos que se relacionan, se le ha informado de las instrucciones para su correcto uso y manipulación.
- Que conoce la obligatoriedad de su uso.
- Hacer buen uso de los elementos entregados.
- Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones.
- Que no podrá vender o regalar los elementos entregados por la entidad.
- Usar la dotación que se le entrega y desechar la anterior, que este en mal estado.

Jose C. Ospino.

FIRMA DEL TRABAJADOR
JOSE CARLOS OSPINO ESTRADA
C.C 1.063.946.798
Ayudante de Obra

Javier Triana

FIRMA DE QUIEN ENTREGA LOS EPP
JAVIER ENRIQUE TRIANA MORALES
C.C 1.020.756.779
Director de Obra

CENTRO DE INVESTIGACIONES MICROBIOLOGICAS DELCESAR LTDA.

Nit. 824004729 - 8
Dirección: CALLE 16 C 19 D 14 VALLEDUPAR
Tel: 5800126 - 5806696 - 3006310534

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **19/04/2023 08:35:00**

Empresa **CONSORCIO INFRAVIALES**

Nombre **JOSE IVAN MELO VILLALOBOS**

Cargo **AYUDANTE** Doc. Identidad **CC 12646754**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

EXAMEN MED OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Apto para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

CUMPLE CON EL PERFIL PARA EL CARGO
Uso EPP
Higiene postural
Estilo de vida saludable
Dieta y ejercicio diario
Paciente en la actualidad no presenta signos ni síntomas para coronavirus sars-cov-2(covid-19).
Se sugiere valoración por nutrición para control de peso y toma de tensión arterial

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ | Auditivo ○ | Respiratorio ○ | Cardiovascular ⊗ | Psicosocial ○ | Ergonómico ○ | Otros ○

REMISIÓN	SI ⊗	NO ○	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ⊗	NO ○

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Tatiana Rivera.

TATIANA RIVERA RAMOS
Especialidad: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
CC: 1065564329 RM: 000296

Trabajador: JOSE IVAN MELO VILLALOBOS
CC: 12646754
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

ARL | sura

Medellín, 19 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C12646754	MELO VILLALOBOS JOSE IVAN	20/04/2023		238F14t1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 19/04/2023 09:48:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.23.179, 198.143.41.16, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMFACESAR
Estamos comprometidos contigo
NIT 892 270 222-4

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT ✓ / CC / CE / PEP/PPT)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
Consorcio Infraviales	NIT ✓	901625.796	3166229882

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. ✓ / T.I. / C.E. / PEP/PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
Melo	Villalobos	C.C. ✓	12.646 754	1980 / 01 / 09
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
Jose	Iván			

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2023 / 04 / 20	1.160000	240		Ayudante de Obra	Consorcio Infraviales

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO ✓ / RURAL)
Transv 24# 18.35	Fundadores	Valledupar	✓

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
	3135444249.		ivansito2011 2011 @ hotmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)	VIVE EN CASA PROPIA:
Rosario Norte Bloque A Apto 303	Valledupar	F	SI [ ] NO [X]

GÉNERO: HOMBRE ✓ / MUJER / INDETERMINADO

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual ✓ / Homosexual / Bisexual / Información no disponible

ESTADO CIVIL: Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Unión Libre / Viudo

NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Preescolar / Básica / Secundaria / Media / Básica adultos / Secundaria adultos / Media adultos / Primera Infancia / Técnico/Tecnológico ✓ / Profesional Universitario / Posgrado/Maestría / Ninguna / Información no disponible

FACTOR DE VULNERABILIDAD:
Desplazado / Víctima del conflicto armado (No desplazado) ✓ / Desmovilizado o reinsertado / Hijo (as) de desmovilizados o reisertados / Damnificado desastre natural / Cabeza de familia / Hijo (as) de madres cabeza de familia / En condición de discapacidad / Población migrante / Población zonas frontera (Nacionales) / Ejercicio del trabajo sexual / No aplica

PERTENENCIA ÉTNICA:
Afrocolombiano / Comunidad negra / Indígena / Palenquero / Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina / Room/gitano / No se auto reconoce en ninguno de los anteriores

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? SI [ ] NO [X]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA)	SALARIO
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP/PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir.

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C	T.I.	C.C	C.E	P.A	PEP / PPT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO: FEMENINO	MASCULINO	NO ESTIPULADO	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	MES	DÍA	PARENTESCO: HIJO	PADRES	HIJASTRO	HERMANOS MENORES DE 18 AÑOS	DISCAPACITADO: SI	NO	UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO	RURAL

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

Javier Triana
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 20 04 2023

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres
Primer apellido: Melo | Segundo apellido: Villalobos | Primer nombre: José | Segundo nombre: Ivan
7. Tipo de documento de identidad: Cedula
8. Número del documento de identidad: 12.646.754
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 09 08 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [I | M | AS] Condición [T | P]
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial

15. Administradora: ARL Suramericana
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización: $ 1.160.000
18. Dirección de residencia: Transv. 24 # 18.35
Teléfono Fijo: 3135446249
Correo Electrónico: ivansito2011@hotmail.com
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Localidad/Comuna: Cesar
Departamento: Valledupar

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

	24. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: Consorcio Infraviales
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901 575.796-5
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación
Dirección: Cra 57 # 16W-15
Teléfono: 3166229882
Correo electrónico: adrmonbeer@gmail.com
Municipio/Distrito: Bogota
Departamento: Cundinamarca

- 2a. COPIA: AFILIADO -

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 805.001.394-7

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario

55. El empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE IVAN MELO VILLALOBOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.646.754**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CONSORCIO INFRAVIALES	PROCESO: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO: "ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL "		Código: FOR-207-PRO-SIG-02 Version:02 Fecha:2019/04/25 Página: 1
IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR	12.646.754	**FECHA DE ENTREGA**	20-abr-23
NOMBRE DEL TRABAJADOR	JOSE IVAN MELO VILLALOBOS		
CARGO	Ayudante de Obra		
CENTRO DE TRABAJO	**VÍAS VARIAS DEPARTAMENTO DEL CESAR**		

Dando cumplimiento a lo reglamentado en el código sustantivo de trabajo Art. 230, la Resolución 2400 de 1979 (Titulo IV, capitulo I y II) y al Decreto 1072 de 2015 (Art. 2.2.1.4.1 y 2.2.1.4.4 y Art. 2.2.4.6.24, enciso 5, parágrafo 1), los cuales establecen que el empleador debe suministrar dotación y los elementos de protección personal (EPP) adecuados para los trabajadores, según la naturaleza del riesgo al que se exponen, con el objetivo de protegerlos contra posibles daños para su salud y asi velar por su bienestar físico, mental y social, El CONSORCIO INFRAVIALES hace entrega de los siguientes elementos, los cuales serán usados por los trabajadores, de manera complementaria a las diferentes medidas de prevención y control de los peligros y riesgos:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	TALLA	OBSERVACIONES
Tapa oídos reutilizables (Tapón EP-T06C)	1	N.A	ANSI S3.19
Chaqueta impermeable	1	N.A	N.A
Casco dieléctrico Blanco	1	N.A	ANSI Z89.1
Lentes de Seguridad	1	N.A	N.A
Botas de cuero punta de acero	1	41	N.A
Capuchón	1	UNICO	N.A
Camisa de dryll	1	M	N.A
Pantalon de dryll	1	M	N.A

El trabajador Acepta:

- Que con la entrega de los elementos que se relacionan, se le ha informado de las instrucciones para su correcto uso y manipulación.
- Que conoce la obligatoriedad de su uso.
- Hacer buen uso de los elementos entregados.
- Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones.
- Que no podrá vender o regalar los elementos entregados por la entidad.
- Usar la dotación que se le entrega y desechar la anterior, que este en mal estado.

Jose Ivan Melo

FIRMA DEL TRABAJADOR
JOSE IVAN MELO VILLALOBOS
C.C .12.646.754
Ayudante de Obra

Javier Triana

FIRMA DE QUIEN ENTREGA LOS EPP
JAVIER ENRIQUE TRIANA MORALES
C.C 1.020.756.779
Director de Obra

CENTRO DE INVESTIGACIONES MICROBIOLOGICAS DELCESAR LTDA.

Nit. 824004729 - 8
Dirección: CALLE 16 C 19 D 14 VALLEDUPAR
Tel: 5800126 - 5806696 - 3006310534

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **19/04/2023 07:23:00**

Empresa **CONSORCIO INFRAVIALES**

Nombre **SEVASTIAN PEREZ GONZALEZ**

Cargo **AYUDANTE** Doc. Identidad **CC 1065586511**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

EXAMEN MED OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Apto para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

CUMPLE CON EL PERFIL PARA EL CARGO
Uso EPP
Higiene postural
Estilo de vida saludable
Dieta y ejercicio diario
Paciente en la actualidad no presenta signos ni síntomas para coronavirus sars-cov-2(covid-19).

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Tatiana Rivera.

TATIANA RIVERA RAMOS
Especialidad: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
CC: 1065564329 RM: 000296

Sebastian P

Trabajador: SEVASTIAN PEREZ GONZALEZ
CC: 1065586511
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

ARL | sura

Medellín, 18 de April de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1065586511	PEREZ GONZALEZ SEVASTIAN	19/04/2023		v9331713	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/04/2023 20:52:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.23.179, 198.143.41.16, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT 892 190 209-5

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [✓] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C. / C.E. / PEP / PPT)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
Consorcio Infraviales	NIT ✓	901.625.796	3166229882

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
Perez	Gonzalez	C.C. ✓	1065.586.511	2002 / 02 / 16
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
Sebastian				

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2023 / 04 / 19	1.160.000	240		Ayudante de Obra	Consorcio Infraviales

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)
Cra 48 #50-24 Apto 01	Nevada	Valledupar	URBANO ✓

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
	3145868447		sebastian perez gonzalez123@gmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)	VIVE EN CASA PROPIA:
Rosario Norte Bloque A Apto 303	Valledupar	URBANO ✓	SI [ ] NO [✓]

GÉNERO: HOMBRE [X] MUJER [ ] INDETERMINADO [ ]

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [X] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible [ ]

ESTADO CIVIL: Soltero [X] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Unión Libre [ ] Viudo [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Preescolar [ ] Básica [ ] Secundaria [ ] Media [ ] Básica adultos [ ] Secundaria adultos [ ] Media adultos [ ]
Primera Infancia [ ] Técnico/Tecnológico [✓] Profesional Universitario [ ] Posgrado/Maestría [ ] Ninguna [ ] Información no disponible [ ]

FACTOR DE VULNERABILIDAD:
Desplazado [ ] Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] Desmovilizado o reinsertado [ ] Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ] Damnificado desastre natural [ ] Cabeza de familia [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ] En condición de discapacidad [ ] Población migrante [ ] Población zonas frontera (Nacionales) [ ] Ejercicio del trabajo sexual [ ] No aplica [ ]

PERTENENCIA ÉTNICA:
Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena [ ] Palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] Room/gitano [ ] No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? SI [ ] NO [ ]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
	-	ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS