REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

COL

No. 6825653

INFANTE COLINA
APELLIDOS
JOSE DEL CARMEN
NOMBRES
VEN M
NACIONALIDAD SEXO
18888282
DNI Nro.
16-07-1987
FECHA DE NACIMIENTO
31-01-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

José INFANTE
FIRMA

E1217811

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6825653<<7<<<<<<<<<<<<<<<
8707165M3105308VENE1217811<<<9
INFANTE<COLINA<<JOSE<DEL<CARME

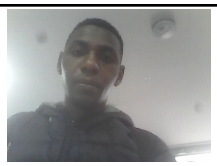
313 8811802

GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Nit. 900388069-8
Licencia: 5461 de 30/11/2020
PBX: 9261915
Dirección: Cra 47 No. 91 – 39 Interior 1, **Bogotá**
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JOSE DEL CARMEN INFANTE COLINA
Identificación: PP 6825653
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1987-07-16 Edad: 36 A
Dirección
Teléfono:
Empresa: GM INGENIERIA Y CONCRETO SAS
Empresa en misión: GM INGENIERIA Y CONCRETO SAS
Actividad económica:
Talla (mts): 1.75 Peso (kg): 66.0 IMC: 21,55 Grupo Sanguineo:



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Preingreso

Orden No.: 00401061 Fecha apertura: 20231005 07:35:54
Fecha cierre: 20231005 10:06:38
Realizado en: Santa Fe de Bogotá

Cargo u Oficio: AYUDANTE DE OBRA

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PULSOXIMETRIA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO
4. CONTROLES POR OPTOMETRIA

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

Lorena García

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LORENA JULIETH GARCIA SIERRA
Especialidad: ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 11161 de 20/09/2017 Registro No.: 255510/2011

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: PP 6825653

GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Nit. 900388069-8
Licencia: 5461 de 30/11/2020
PBX: 9261915
Dirección: Cra 47 No. 91 – 39 Interior 1, **Bogotá**
www.gomezasociadosltda.com

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

DATOS GENERAL / DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Tipo Evaluación: Examen medico ocupacional de Preingreso
Lugar de realización: Santa Fe de Bogotá
Nombre de la Empresa: GM INGENIERIA Y CONCRETO SAS
Empresa en misión: GM INGENIERIA Y CONCRETO SAS

Fecha: 20231005 07:31:41
Orden No.: 00401057



Nombre: CUENCA RODRIGUEZ JUAN DOMINGO
No. de identificación: CC 1070917473
Genero (sexo): M **Fecha de Nacimiento:** 1988-09-16 **Edad:** 35 A
Lugar Nacimiento: BOGOTA D.C.-SUBA - Bogotá
Dirección: CLLE 172 N 87 A 20
Ciudad residencia: BOGOTA
Estado Civil: Soltero(a) **No. Hijos:** 3 **Grupo F/liar:** 4
Teléfono: 3222793583
Nivel Educativo: Secundaria **Grado:** Completa
Grupo sanguineo: A **Factor RH:** +
Profesión: Sin información
Vinculación: OTRO
E.P.S.: Nueva EPS
Pensiones: Sin información
A.R.L.: Sin información
Acompañante: Sin acompañante

Responsable: Sin responsable

INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

Fecha ingreso: 5/10/23 12:00 AM **Jornada trabajo:** Diurna **Tipo jornada:** **Horas laboradas:** **Antiguedad empresa (MM):**
Antiguedad cargo (MM): **Tipo contrato:** Sin información **Tipo salario:** Sin información
Area empresa: Sin información **Sección:** Sin información
Cargo u Oficio: OFICIAL DE ACABADOS **Grupo ocupacional:** Sin información

DESCRIPCION GENERAL DE:

Funciones de Cargo
OFICIAL DE ACABADOS

Actividades de Cargo
No registra datos reportados por la empresa

Acciones de Cargo
No registra datos reportados por la empresa

Maquinaria/Equipos utilizados
No registra datos reportados por la empresa

Herramientas Utilizadas

Materia Prima Utilizada
No registra datos reportados por la empresa

Descripción de Elementos de Cargo
No registra datos reportados por la empresa

Observación:
OFICIAL DE ACABADOS

DESCRIPCION DETALLADA DE:

Para el manejo de carga levanta o levantará peso de:
No aplica

Toma los objetos:
No aplica

Coloca los objetos:
No aplica

Trayecto a caminar para llevar la carga:
No aplica

Funciones (descripción detallada y concreta de las funciones de la labor u No registra datos reportados por la empresa

Las Actividades del cargo las realiza: No registra datos reportados por la empresa

Las Acciones que realiza son: No registra datos reportados por la empresa

Maquinaria / Equipos utilizados: No registra datos reportados por la empresa
Herramientas utilizadas: No registra datos reportados por la empresa
Materia Prima utilizada: No registra datos reportados por la empresa

La Dotación o los Elementos de protección son: No registra datos reportados por la empresa

MAPA DE RIESGOS O PELIGROS EN LA EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES

Empresa Actual:	
Nombre de la empresa donde labora o laboró:	INDEPENDIENTE
Fecha en que labora o laboró en la empresa:	2021
Actividad economica:	
Seccion de la empresa donde labora o laboró:	
Nombre de los cargos desempeñados:	
Tiempo en el cargo (años y meses):	24 MESES
Funciones y/o tareas desempeñadas:	
Medidas de control implementadas:	
El aspirante / trabajador / empresa entrega soportes:	

MAPA DE RIESGO O PELIGROS EN LA EMPRESA ANTERIOR

Físicos

Ruido

Ergonomicos

Carga Dinámica,Carga Estática,Diseño de puesto,Manejo de Cargas,Movimientos repetitivos

Psicolaborales

Contenido de la tarea

Mecánicos

Mecanismo de movimiento,Golpes,Caidas,Manejo de herramientas manuales,Manipulación de materiales

ACCIDENTE LABORAL EN LA EMPRESA ACTUAL O ANTERIORES

No refiere Accidente Laboral

ENFERMEDAD LABORAL EN LA EMPRESA ACTUAL O ANTERIORES

No refiere Enfermedad Laboral

REGISTRO DE AUSENTISMO LABORAL EN EL ULTIMO AÑO

No refiere Ausentismo Laboral

ANTECEDENTES DE SALUD

A. ANTECEDENTES FAMILIARES

No refiere Antecedentes Familiares

B. ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:

No refiere

Quirúrgicos:

Diagnóstico	Observación
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PIE IZQUIERDO (FX PIE) 8 AÑOS DE EDAD	

Traumáticos:

Lesión o Trauma	Año / Parte del Cuerpo / Secuelas
Fracturas	/ PIE IZQUIERDO / NINGUNA

Transfucionales:

No refiere

Hospitalarios:

No refiere

Farmacológicos:

No refiere

Epidemiológicos:

No refiere

Alérgicos:

Grupo	Tipo	Dosis-Observación
Medicamentos	Cefalosporinas	

Psicológicos:

No refiere

Gineco Obstétrico:

No aplica

Osteomusculares:

No refiere

REVISION POR SISTEMAS

Articular	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Dermatologico	No Refiere
Digestivo	No Refiere
Genitales	No Refiere
Hemato Poyetico	No Refiere
Mental y del Comportamiento	No Refiere
Musculo Esqueletico	No Refiere
Nervioso Central	No Refiere
Nervioso Periferico	No Refiere
Ocular	No Refiere
ORL	No Refiere
Respiratorios	No Refiere
Urinario	No Refiere

Observaciones: 05/10/23: REFIERE SENTIRSE BIEN ACTUALMENTE - NIEGA INCAPACIDADES RECIENTES.

HABITOS TOXICOS, ACTIVIDADES E INMUNIZACION

Hábitos Tóxicos

Consumidor de Alcohól:	Consumidor actual			**Frecuencia consumo:**	Ocasional		**Años cosumo:**		
Cigarrillo / Tabaco / Pipa:	Fumador actual			**Frecuencia consumo:**	1-5		**Años cosumo:**	10	
Consumidor de tipo:	**Tabaco**	No	**Cigarrillo**	Si	**Pipa**	No			
Otras sust. psicoactivas?	No	**Tipos:**							

Actividades Físicas o Manuales

Actividad(es)	Cual(es)	Frecuencia
Ejercicios y Deportes	CICLISMO	Moderado

Inmunización

Tipo de Inmunización	Mes aplicación	Año	Dosificación	Verificado carnet
COVID-19			Tercera dosis	No

EXAMEN FISICO

T.A. sentado: 122/85 **Sistolica:** Normal **Diastolica:** Pre-Hipertensión

Hipertensión: Pre-Hipertensión **F.C.(x min):** 68 **Ritmo regular:** Si **F.R.(x min):** 16 **Lateralidad:** Diestro

Talla(mts): 1.5 **Peso(kg):** 75.0 **IMC:** 33,33 **Interpretación IMC:** Obesidad grado I o leve

EXAMEN GENERAL

ORGANO / SISTEMA

Agudeza Visual (tabla Snell)	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Visión lejos sin corrección	20/20		20/20	
Visión proxima sin corrección	1.25		1.25	

Genitales	**Normalidad**	**Hallazgo**
Genitales externos	No examinado	

Test Wells	**Normalidad**	**Hallazgo**
Wells	(M) +5 a 0: Promedio	

Cabeza, Cráneo y Cuero cabelludo	
Cabeza	Normal
Cráneo	Normal
Cuero cabelludo	Normal

Ojos	
Campo visual	Normal
Ceja	Normal
Conjuntiva	Normal
Córnea	Normal
Fondo de Ojo	Normal
Forias	Normal
Movilidad	Normal
Párpado	Normal
Pupila	Normal
Reflejo a convergencia	Normal
Reflejo consensual	Normal
Visión cromática	Normal

Agudeza Visual (tabla Snell)	
Visión lejos con corrección	Normal
Visión proxima con corrección	Normal

Oidos	
Conductivo Auditivo Externo	Normal
Otras	Normal
Pabellón Auricular	Normal
Timpano	Normal

Nariz Boca y Cuello	
Amigdalas	Normal
Cornetes	Normal
Cuello	Normal
Dentadura	Normal
Encia	Normal
Faringe	Normal
Labios	Normal
Lengua	Normal
Mucosas	Normal
Senos Paranasales	Normal
Tabique	Normal
Tiroides	Normal

Torax

Corazón	Normal
Otras	Normal
Pulmones	Normal
Senos	Normal

Abdomen

Otras	Normal
Pared abdominal	Normal
Visceras	Normal

Extremidades Miembros Superior

Dedos	Normal
Muñecas	Normal
Hombro	Normal
Codo	Normal
Durkan	Normal
Finkelstein	Normal
Phalen	Normal
Test de Allen	Normal
Tinel	Normal
Otras	Normal

Extremidades Miembro Inferior

Cadera	Normal
Muslo	Normal
Rodilla	Normal
Pierna	Normal
Tobillo	Normal
Tarso	Normal
Metatarso	Normal
Dedos	Normal
Otras	Normal

Vascular

Vascular	Normal
Linfatico	Normal
Venoso	Normal

Columna Vertebral

Otras	Normal
Región lumbar Signo Lasegue	Normal
Signo Maniobra de Gaenslen	Normal

Columna Vertebral (Postura y Movilidad)

Movilidad	Normal
Postura estatica	Normal

Neurologicos

Columna Vertebral Alineación	Normal
Fuerza	Normal
Marcha	Normal
Otras	Normal
Reflejos	Normal
Sensibilidad	Normal

Piel

Cicatrices	Normal
Dermatitis	Normal
Infecciones	Normal
Micosis	Normal
Otros	Normal
Tatuajes	Normal

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS:

PULSOXIMETRIA
spo2 95%
dg
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
KG

IMPRESION DIAGNOSTICA:

CIE10	Descripción	Causa Externa	Tipo Impresión
Z021	EXAMEN PREEMPLEO	Otra	Diagnóstico confirmado nuevo

Recomendaciones Laborales:

Control médico periódico.
Higiene postural.
Pausas activas cada 2 horas.

Habitos y estilos de vida:

Mantener hábitos y estilos de vida saludables.

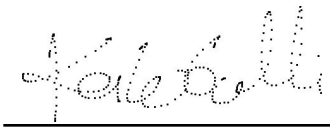
RESTRICCIONES:

CONCEPTO APTITUD: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), profesional adscrito a **Gómez Asociados Salud Ocupacional SAS**, a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará **Gómez Asociados Salud Ocupacional SAS** para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y es(son) verídica(s). Autorizo a **Gómez Asociados Salud Ocupacional SAS** para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.



Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: KAREN LORENA GUTIERREZ MORENO
Especialidad: ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 5229 DE 2019 Registro No.: 1075242745



Firma del aspirante o trabajador
Nombre: JUAN DOMINGO CUENCA RODRIGUEZ
Documento: CC 1070917473

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901263698
Número Afiliación:	282430
Razón social:	G M INGENIERIA Y CONCRETO S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	PERMISO PROTECCIÓN TEMPORAL
Número de Documento	6825653
Nombre:	JOSE DEL CARMEN INFANTE COLINA
Fecha Ingreso:	07/09/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	6/9/2023 5:15:48 PM

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

O.P. 280235 04/16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [✓] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✓] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [✓] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [✓] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO: a1783
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 06 MES 09 AÑO 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: INFANTE | SEGUNDO APELLIDO: COLINA | PRIMER NOMBRE: JOSE | SEGUNDO NOMBRE: DEL CARMEN

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [✓] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6825653
9. SEXO: F [ ] M [✓]
10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 16 MES 07 AÑO 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CARRERA 88 # 152B-48
ZONA: U. [ ] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: BOGOTA
DEPARTAMENTO: BOGOTA
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3138811802
CORREO ELECTRÓNICO
CÓDIGO IPS: suba

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ]
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I. II.	
2			R. U.					I. II.	
3			R. U.					I. II.	
4			R. U.					I. II.	

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: GM INGENIERIA Y CONCRETO S.A.S.
36. Tipo documento de identidad: C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] N.I. [✓]
37. Número documento de identidad: 901263698
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CR 77 BIS 64 I 87
CIUDAD / MUNICIPIO: bogota
DEPARTAMENTO: bogota
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3028665199
CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA 07 MES 09 AÑO 2023
CARGO: docente
SALARIO: 1160000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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 LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a)_____ Identificado(a) con _____ No. _____ [ ]
desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad
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. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: JOSE DEL CARMEN INFANTE
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: Sandra Salinas

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: DÍA | MES | AÑO
69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO
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:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR: GESDOCUMENTAL FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.179.429-5 TEL 482 2100

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

O.P. 280235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, JOSE DEL CARMEN INFANTE COLINA identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. Otro: PPT
número 6825653 de BOGOTA, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ ☑ No ☐
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ ☑ No ☐
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ ☑ No ☐
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ ☑ No ☐
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ ☑ No ☐
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ ☑ No ☐
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ ☑ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al
teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico: _____
SÍ ☐ No ☑

Cordialmente,

Firma: JOSE DEL CARMEN INFANTE
Tipo ID: PPT No. ID: 6825653
Fecha (dd/mm/aaaa): 06/09/2023
Dirección: CARRERA 88 # 152B-48
Tel: 3138811802 Municipio BOGOTA
Departamento: BOGOTA
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: FABIAN ANDRES BERNAL
Código A1783 Oficina DORADO.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	
			$		NO			NO	

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

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

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

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

COL

No. 6825653

INFANTE COLINA
APELLIDOS
JOSE DEL CARMEN
NOMBRES
VEN M
NACIONALIDAD SEXO
18888282
DNI Nro.
16-07-1987
FECHA DE NACIMIENTO
31-01-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

José INFANTE
FIRMA

E1217811

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6825653<<7<<<<<<<<<<<<<<<
8707165M3105308VENE1217811<<<9
INFANTE<COLINA<<JOSE<DEL<CARME

313 8811802

porvenir

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit. 800.144.331-3

Nº 23279538

23279538

Ciudad

Fecha de Solicitud de Afiliación 2 0

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias X

Traslado de AFP
(Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento C.C T.I C.E PAS R.C C.D
Nº de Documento de Identidad: 6825653
Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 20230131
Lugar de Expedición: Bogota
Género M X F
Es Pensionado (Jubilado) SI NO

Primer Apellido: INFANTE
Segundo Apellido: COLINA
Primer Nombre: José
Otros Nombres: del CARMEN

Fecha de Nacimiento: 19970716
Lugar de Nacimiento: VENEZUELA
Nacionalidad Colombiana
Otra ¿Cual? Venezuela

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Carrera 89A 152B-44
Barrio: TUNAL
Ciudad/Municipio: Bogotá

Departamento
Nº. de Teléfono Fijo
Nº. de Teléfono celular: 3139811902

Autorización de envío de información a través de medios electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI X NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail): INFANTEJOSE68@GMAIL.COM

Dirección Laboral
Ciudad
Departamento
Nº. de Teléfono

4. Datos Empleador e información del Vinculo Laboral

Tipo de Documento NIT C.C C.E PAS T.I
Nº de Documento de Identidad
Nombre y/o Razón Social

Ciudad
Dirección Empleador
Departamento
Teléfono(s)

Ocupación o Cargo Actual
Salario o Ingreso Mensual $
y/o Salario Integral $

Envío de Notificación
Sucursal Principal
Sucursal Ciudad
Tipo de Trabajador
Independiente Contratista
Dependiente
Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

"Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido" "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes."

6. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y coticé 150 semanas
Entidad en la cuál se realizó la cotización:
Tengo Derecho al Bono Pensional SI NO

7. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoria amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la Vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el regimen de transición establecido en la ley.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones te notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto. (Decreto 1813 de 2020).

9. Voluntad de Selección y Afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de _____ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones.
Manifiesto que he elegido a _____ para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

José Infante
FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE 2023-01-14

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor: X
No. de identificación del promotor:
Firma del promotor:

Firma autorizada del Representante Legal

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOSEDELCARMEN INFANTE COLINA identificado(a) con PT No. 6825653, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de G M INGENIERIA Y CONCRETO S.A.S con NIT 9012636987:

- Fecha de afiliación a la Caja: 07/09/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 07/09/2023.



JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 07/09/2023

VIGILADO SuperSubsidio

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 04 de octubre de 2023, a las 09:44:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Permiso por Protección Temporal
No. Identificación	6825653
Código de Verificación	68256532310040944O4

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:47:23 AM horas del 04/10/2023, el ciudadano extranjero con:
Documento Extranjero N° **6825653**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Generación de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: PPT

Número Identificación: 6825653

Tipo de certificado:

Ordinario Especial

¿ Cual es la Capital del Atlantico?

JO

Generar

EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN INGRESADO NO SE ENCUENTRA REGISTRADO EN EL SISTEMA.

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

prote

Privacidad - Términos