ANEXO No.13

CONTROL Y SEGUIMIENTO A PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA CONSORCIO PRUNI SEDES 04 /INTERVENTORÍA ARQUITECTURA URBANA LTDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23782608		REYES COSTILLA YENNY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 8 SUR # 70-80 CS 120	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6966510	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-07	2019-07	05261355	8494821987	I	2019/08/05	2019/08/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$5,000			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$5,000			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$5,000			$0	$0		$0	$0
1	CC	23782608	REYES YENNY	231001	30 $828,116	$132,500	EPS005	30	$828,116	$103,600	CCF24	30	$828,116	$5,000		0	$0	$0	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$828,116	$5,000			$0	$0		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23782608		REYES COSTILLA YENNY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 8 SUR # 70-80 CS 120	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6966510	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-07	2019-07	05261355	8494821987	I	2019/08/05	2019/08/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$132,500	$0	$0	$132,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,000	$0	$0	$5,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$5,000	$0	$0	$5,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				1	$241,100	$0	$0	$241,100

2019/08/05 09:41 AM

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830098495
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL.			ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO.	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN.	CALLE 38 NO. 8-12 OFC. 301	TELEFONO	7035370
TIPO APORTANTE.	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE.	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA.	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA.	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7726297532	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS		
PERIODO COTIZACION OTROS			2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2019
DIAS DE MORA.	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2019/07/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	471375908		
MES	junio	AÑO		MES	julio AÑO

ADMINISTRADORA

CÓDIGO	NOMBRE
230301	230301-PORVENIR
25-14	25-14 COLPENSIONES
231001	231001-COLFONDOS
SUBTOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	APORTES	MORA	TOTALES VALOR PAGADO
2	$ 386.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 386.800	$ 0	$ 386.800
1	$ 800.000	$ 0	$ 0	$ 25.000	$ 25.000	$ 0	$ 0	$ 850.000	$ 0	$ 850.000
1	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.000	$ 0	$ 448.000
								$ 1.684.800	$ 0	$ 1.684.800

ADMINISTRADORA

CÓDIGO	NOMBRE
EPS023	EPS023-CRUZ BLANCA S.A.
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.
EPS017	EPS017-FAMISANAR
SUBTOTALES:	

TOTAL APORTES A SALUD

No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
1		$ 0		$ 0			$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000
1		$ 0		$ 0			$ 0	$ 16.700	$ 0	$ 0	$ 16.700	$ 0	$ 0	$ 16.700
1		$ 0		$ 0			$ 0	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 112.000
1		$ 0		$ 0			$ 0	$ 80.100	$ 0	$ 0	$ 80.100	$ 0	$ 0	$ 80.100
											$ 408.800	$ 0	$ 0	$ 408.800

ADMINISTRADORA

CÓDIGO	NOMBRE
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
SUBTOTALES:	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
4		$ 0	$ 0		$ 0	$ 526.400	$ 526.400	$ 0	$ 0	$ 526.400
							$ 526.400	$ 0	$ 0	$ 526.400

ADMINISTRADORA

CÓDIGO	NOMBRE
CCF24	CCF24-COMPENSAR
SUBTOTALES:	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

No. COTIZANTES	APORTES	MORA	TOTALES VALOR PAGADO
4	$ 408.800	$ 0	$ 408.800
	$ 408.800	$ 0	$ 408.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1026572178	MORALES VELASQUEZ DIANA CATHERINE	DEPEND		$ 2.000.000			SI																		230301-PORVENIR	29	$ 1.933.334	$ 309.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 309.400	EPS017-FAMISANAR	29	$ 1.933.334	$ 77.400	$ 0	$ 77.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	29	$ 1.933.334	$ 134.600																	
2	CC 1026572178	MORALES VELASQUEZ DIANA CATHERINE	DEPEND		$ 2.000.000			SI													L-07-07				230301-PORVENIR	1	$ 66.667	$ 10.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 10.700	EPS017-FAMISANAR	1	$ 66.667	$ 2.700	$ 0	$ 2.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 66.667	$ 0 1	$ 66.667	CCF24-COMPENSAR	$ 2.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1039451346	LOPERA ARANGO JESSICA	DEPEND		$ 2.500.000			SI	26																	230301-PORVENIR	5	$ 416.667	$ 66.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 66.700	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	5	$ 416.667	$ 16.700	$ 0	$ 16.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	5	$ 416.667	$ 29.100	$ 416.667	CCF24-COMPENSAR	$ 16.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 18939089	DAZA BERRIO HERNANDO	DEPEND		$ 5.000.000			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	5.000.000	$ 800.000	$ 25.000	$ 25.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 850.000	EPS023-CRUZ BLANCA S.A.	30	5.000.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	5.000.000	$ 348.000	$ 5.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 33379020	SILVA MARTINEZ NANCY FABIOLA	DEPEND		$ 2.800.000			SI																		231001-COLFONDOS	30	2.800.000	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 448.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	2.800.000	$ 112.000	$ 0	$ 112.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.800.000	$ 14.700	30 2.800.000	CCF24-COMPENSAR	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 3.028.800

2019/07/22 9:56 AM USUARIO: SOI CC49691881

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: NIT
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 901029778
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: AURBANA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN: CLL 38 8 12 OFICINA 301
TELÉFONO: 7035370
TIPO APORTANTE: 01-EMPLEADOR
CLASE APORTANTE: C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA: PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de arquitectura e ingenieria y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA: 7726119251
TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES junio AÑO 2019
PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES julio AÑO 2019
DIAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2019/07/15
NÚMERO AUTORIZACIÓN: 470274423

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
7	CC 53070481	DAZA ALVARADO ANDREA CAROLINA	DEPENO		$ 828 116				SI																	
8	CC 7182768	MEDINA FERNANDO AGUIRRE	DEPENO		$ 2 000 000				SI																	
9	CC 79389138	BRICEO JUAN CARLOS	DEPENO		$ 1 600 000				SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSION

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
7	25-14 COLPENSIONES	29	$ 800.513	$ 128.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 128 100
8	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000
9	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000

SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
7	EPS017-FAMISANAR	29	$ 800.513	$ 32.100	$ 0	$ 32.100
8	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000
9	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.600.000	$ 64.000	$ 0	$ 64.000

ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
7	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	29	$ 800 513		$ 4.200
8	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000 000		$ 139.200
9	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.600.000		$ 111.400

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
7	29	$ 800 513	CCF24-COMPENSAR	$ 32.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	30	$ 1.600.000	CCF24-COMPENSAR	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 2.868.600

2019/07/22 10:00 USUARIO: SOI CC49691881

Planilla Pagada

5

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 79468260	0	LUIS HERNAN MAHECHA PULIDO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 71C N 52 34 OF 102		4105192			hernanmahecha2003@yahoo.com		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2019-07	2019-07	16263821	I	2019-08-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	696.600	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1 de 1	16263821	2019-08-15	Pagada							

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS
2.400.000	2.400.000	2.400.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	384.000	0	0	0	384.000
PROTECCION	230201	800229739	0	1	384.000	0	0	0	384.000
EPS(Administradoras: 1)				1	300.000	0	0	0	300.000
MIN002 - ADRES	MIN002	901037916	1	1	300.000	0	0	0	300.000
ARP(Administradoras: 1)				1	12.600	0	0	0	12.600
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	12.600	0	0	0	12.600
Gran Total					696.600	0	0	0	696.600

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 79468260	0	LUIS HERNAN MAHECHA PULIDO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 71C N 52 34 OF 102		4105192			hernanmahecha2003@yahoo.com		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2019-07	2019-07	16263821	I	2019-08-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	696.600	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1 de 1	16263821	2019-08-15	Pagada							

EMPLEADO				NOVEDADES														DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	Salario	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot	Cot	Cot.	Tipo Cot	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 79468260	MAHECHA PULIDO LUIS HERNAN	2.400.000																0			30	30	0	30	PROTECCION-230201	2.400.000	384.000	0	0	MIN002 - ADRES-MIN002	2.400.000	300.000	IN CCF-SINCCF	0	0	2.400.000	12.600	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	696.600	N

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 79518607

banco popular

575

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	GRUPO GYB INGENIEROS SAS		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	900553486
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	CARRERA 53 103 B 42 OFICINA 706	Teléfono	3737956
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Personas Naturales sin Actividad
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	D-APORTANTE BENEFICIARIO DE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7725673530**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	junio / 2019	Periodo Cotización Salud	julio / 2019
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2019/07/10
Número Autorización	468209462		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	FRANCISCO ALEJANDRO	Apellidos	GALVIS DELGADO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	79518607
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 2.300.000	Salario Integral	NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN

Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 2.300.000
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 368.000
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 368.000**

SALUD

Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 2.300.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 92.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 92.000**

RIESGOS PROFESIONALES

Dias	30	Administradora	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 2.300.000
Centro de Trabajo	1	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 12.100**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF21-CAFAM	30	4,000 %	$ 2.300.000	$ 92.000

TOTAL PAGADO:	**$ 564.100**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 52959828

banco popular

57

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	GRUPO GYB INGENIEROS SAS		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	900553486
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	CARRERA 53 103 B 42 OFICINA 706	Teléfono	3737956
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Personas Naturales sin Actividad
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	D-APORTANTE BENEFICIARIO DE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7725673530**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	junio / 2019	Periodo Cotización Salud	julio / 2019
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2019/07/10
Número Autorización	468209462		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	MARIA EUGENIA	Apellidos	BEJARANO BARRERA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	52959828
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 2.300.000	Salario Integral	NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN

Dias	30	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 2.300.000
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 368.000
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 368.000**

SALUD

Dias	30	Administradora	EPS017-FAMISANAR
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 2.300.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 92.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 92.000**

RIESGOS PROFESIONALES

Dias	30	Administradora	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 2.300.000
Centro de Trabajo	1	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 12.100**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF21-CAFAM	30	4,000 %	$ 2.300.000	$ 92.000

TOTAL PAGADO:	**$ 564.100**

Planilla Pagada

compensar

Bogotá DC. 4 de Julio de 2,019

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 4/7/2019, 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 www.compensar.com/subsidio. 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 Identificacion	CC 79720581
Nombres y Apellidos	CARLOS GIOVANNI WILCHES MONTAÃ'O
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 830098495
Razón Social Empleador	ARQUITECTURA URBANA LTDA
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	4/7/2019
Fecha de Ingreso a Compensar	4/7/2019
Cargo	RESIDENTE DE INTERVENTORIA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 3000000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a ARQUITECTURA URBANA LTDA, 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 3 077001.

580

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): CARLOS GIOVANNI WILCHES MONTAÑO identificado con Cédula Ciudadanía No. 79720581, de la empresa ARQUITECTURA URBANA LTDA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 04/07/2019 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 4 días del mes de julio de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado impreso por la pagina web https://www.positivaenlinea.gov.co/nuevo/

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 03/07/2019

581

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	830098495	**Cédula Usuario:**	C 1893906
Nombre:	ARQUITECTURA URBANA LTDA				
Dirección:	CL 38 8 12 OF 301				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	arquitecturaurbana277@hotmail.com				
Teléfono:	7035370		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1742101 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE ACTIVIDADES DE DIRECCION DE OBRAS DE CONSTRUCCION, AGRIMENSURA Y DE EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS ASI COMO LA PRESTACION DE ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO, EL DISE¥O INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS (SIN INTERVENCION DIRECTA EN LAS OBRAS)				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1893906	HERNANDO DAZA BERRIO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 6	04/07/2019	C 79720581	WILCHES MONTAÑO CARLOS	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

FC2902AA46B75E0F42FB27366D29C0B3

Certificado impreso el día 7/3/2019 4:43:06 PM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

POSITIVA

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO

En Bogotá	Línea Nacional	Desde el celular
6 000 811	01 8000 941 541	#533

Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55

Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CARLOS GIOVANNI
WILCHES MONTAÑO
79720581

ARQUITECTURA URBANA LTDA
830098495

Este carné es personal e intransferible.

582

compensar

582

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CARLOS GIOVANNI WILCHES MONTAÑO identificado(a) con cedula ciudadania 79.720.581 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa ARQUITECTURA URBANA LTDA NIT 830098495, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20190704	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Agosto de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de Traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: LUDY YANETH ISAIRIAS
11810018

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 47
Central telefónica - 4441234
www.compensar.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación 01/07/2019

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	51
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]			

584

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

6. Apellidos y nombres			
Wilches	Montaño	Carlos	Giovanni

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento
CC	79.720.581	[ ]	[X]	15/06/1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				Positiva	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
3'000.000	Calle 146 Nº 19-69 Apto 604		6181873	3006122009
carloswilches@hotmail.com	Bogotá	Zona Urbana [X] Rural [ ]		Ordinamerica

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			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de 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. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M T P	Condición	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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)
Col.		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
Arquitectura Urbana Ltda	NIT
37. Número del documento de identificación	**38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)**
830.098.495-4	

39. Ubicación				
Cll 38 Nº 8-12 OF 301	7035370	arquitecturaurbana2378@hotmail.com		Ordinamerica

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			

Tipo de documento de identidad	Número de 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. [ ]	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 por sus funciones la requieran. [ ]
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. [ ]	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 [ ]
49. Declaración de no internación 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. [ ]	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

Carlos Giovanni Wilches M.	
C.C. 79.720.581 de Bogotá	

ARQUITECTURA URBANA LTDA.
NIT 830.098.495-4

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]	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. [ ]
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. [ ]	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.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]	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 la ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo de documento de identidad [ ]	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario	
OBSERVACIONES: Spot Aqua			

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.

RECIBIDO JUL 2019 Cód. 600 Radicado 18 Sede Fundadores Stella Guauque C. SUJETO A VERIFICACIÓN

VIGILADO Supersalud

VIGILADA DANSOCIAL

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

compensar | eps salud

585

	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?	X	
¿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?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

Firma del afiliado (cotizante): Carlos Giovanni Wilches

No. Identificación: 79.720.581

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: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): Carlos Giovanni Wilches

No. Identificación: 79.720.581.



compensar

586

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 4 de Julio de 2,019

A QUIEN INTERESE

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

No. de Identificación	: 93137714
Nombre	: ALVARO ANDRES NUÑEZ DIAZ
Empresa/Contratante	: ARQUITECTURA URBANA LTDA
Idenficación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 830098495
Fecha de Afiliación a CCF	: 2019/07/03
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2019/07/02
Estado	: Afiliado
Categoría	: B

No se encontraron beneficiarios inscritos a cargo del trabajador.

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

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Sandra Liliana Jiménez B.

GESTIÓN DE INFORMACION EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14

IQNet

FOR-PSA-0111

Caja de Compensación Familiar COMPENSAR Comunicaciones
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
VIGILADO

587

compensar

Bogotá DC. 2 de Julio de 2,019

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 dia 2/7/2019, 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 www.compensar.com/subsidio. 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 Identificacion	CC 93137714
Nombres y Apellidos	ALVARO ANDRES NUÑEZ DIAZ
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 830098495
Razón Social Empleador	ARQUITECTURA URBANA LTDA
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	2/7/2019
Fecha de Ingreso a Compensar	2/7/2019
Cargo	RESIDENTE TECNICO DE INTERVENTORIA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 2500000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a ARQUITECTURA URBANA LTDA, 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 3 077001.

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): ALVARO ANDRES NUÑEZ DIAZ identificado con Cédula Ciudadanía No. 93137714, de la empresa ARQUITECTURA URBANA LTDA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 02/07/2019 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 2 días del mes de julio de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado impreso por la pagina web https://www.positivaenlinea.gov.co/nuevo/

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 28/06/2019

589

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	830098495	**Cédula Usuario:**	C 1893906
Nombre:	ARQUITECTURA URBANA LTDA				
Dirección:	CL 38 8 12 OF 301				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	arquitecturaurbana277@hotmail.com				
Teléfono:	7035370		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1742101 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE ACTIVIDADES DE DIRECCION DE OBRAS DE CONSTRUCCION, AGRIMENSURA Y DE EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS ASI COMO LA PRESTACION DE ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO, EL DISE¥O INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS (SIN INTERVENCION DIRECTA EN LAS OBRAS)				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1893906	HERNANDO DAZA BERRIO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 5	02/07/2019	C 93137714	NUÑEZ DIAZ ALVARO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

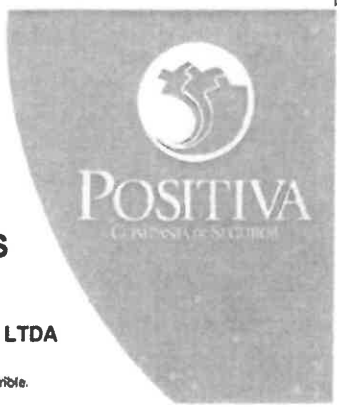
0668AC1092D2405C7E2839267ED2246A

Certificado impreso el día 6/28/2019 2:17:38 PM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co

590



ALVARO ANDRES
NUÑEZ DIAZ
93137714

ARQUITECTURA URBANA LTDA
830098495

Este carné es personal e intransferible.

511

Salud Total EPS

Bogotá, Agosto 1 de 2019

Señor:
NUÑEZ DIAZ ALVARO ANDRES
CC. 93137714
AUT 100 108 56 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 15 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CARDOZO MONTEALEGRE DIANA MARCELA	1022333381	C	Feb-15-2018	52	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
NUÑEZ CARDOZO SANTIAGO	1146141385	R	Feb-15-2018	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
NUÑEZ DIAZ ALVARO ANDRES	93137714	C	Feb-15-2018	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ARQUITECTURA URBANA LTDA	93137714	Dependiente	VIGENTE
ASOCIADOS N Y R S A S	93137714	Dependiente	CERRADO
ASOCIADOS N Y R S A S	93137714	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ACUEDUCTO IBAGUE	93137714	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTOLIMA SAS	93137714	Dependiente	CERRADO
CREA TOLIMA SAS	93137714	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL OBRAS CIVILES O	93137714	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

512

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4003847551	0|3|0|7|2|0|1|9

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
NUÑEZ (Primer apellido)	DIAZ (Segundo apellido)	ALVARO (Primer nombre)	ANDRES (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	93137714	Femenino ☐ Masculino ☒	1|0|0|9|1|9|8|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.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
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	2500000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
AUT 100 108 56		3138900558	ARQUITECTURAURBANA277@HOTMAIL.COM

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

IV. 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
.po documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Urbana	Rural			
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 VENECIA - VS VENECIA	VSVENECI - VSVENECI
B -	-
B -	-
B -	-

V. 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 docuemnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ARQUITECTURA URBANA LTDA	NIT	830098495	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 29 17 52	2459063	ARQUITECTURAURBANA277@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

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

VI. 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 ☐		0|2|0|7|2|0|1|9

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 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

VIII. FIRMAS

Alvaro Andrés Nunez Diaz	ARQUITECTURA URBANA LTDA. NIT 830.083 495-4 Click AQUI para firmar
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante 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: 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

aciones

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

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 22 de Julio de 2,019

A QUIEN INTERESE

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

No. de Identificación	: 1057463178
Nombre	: JOSE ABELINO VARGAS TENJO
Empresa/Contratante	: ARQUITECTURA URBANA LTDA
Idenficación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 830098495
Fecha de Afiliación a CCF	: 2019/07/19
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2019/07/18
Estado	: Afiliado
Categoría	: B

No se encontraron beneficiarios inscritos a cargo del trabajador.

La presente certificación se expide con destino a Trámite personal y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Sandra Liliana Guzmán B.

GESTIÓN DE INFORMACION EMPRESARIAL
Elaboró: PAOLA ANDREA HERNANDEZ
Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14

IQNet

FOR-PSA-0111

Caja de Compensación Familiar COMPENSAR Comunicaciones
VIGILADO SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

515

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 23 de Julio de 2,019

A QUIEN INTERESE

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

No. de Identificación	: 1057463178
Nombre	: JOSE ABELINO VARGAS TENJO
Empresa/Contratante	: ARQUITECTURA URBANA LTDA
Idenficación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 830098495
Fecha de Afiliación a CCF	: 2019/07/19
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2019/07/18
Estado	: Afiliado
Categoría	: B

No se encontraron beneficiarios inscritos a cargo del trabajador.

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

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Sandra Liliana Guzmán B.

GESTIÓN DE INFORMACION EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): JOSE ABELINO VARGAS TENJO identificado con Cédula Ciudadanía No. 1057463178, de la empresa ARQUITECTURA URBANA LTDA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 18/07/2019 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de julio de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado impreso por la pagina web https://www.positivaenlinea.gov.co/nuevo/

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

51

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 17/07/2019

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	830098495	**Cédula Usuario:**	C 1893906
Nombre:	ARQUITECTURA URBANA LTDA				
Dirección:	CL 38 8 12 OF 301				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	arquitecturaurbana277@hotmail.com				
Teléfono:	7035370		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1742101 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE ACTIVIDADES DE DIRECCION DE OBRAS DE CONSTRUCCION, AGRIMENSURA Y DE EXPLOTACION Y PROSPECCION GEOLOGICAS ASI COMO LA PRESTACION DE ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO, EL DISE¥O INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS (SIN INTERVENCION DIRECTA EN LAS OBRAS)				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 1893906	HERNANDO DAZA BERRIO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	7	18/07/2019	C 1057463178	VARGAS TENJO JOSE	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

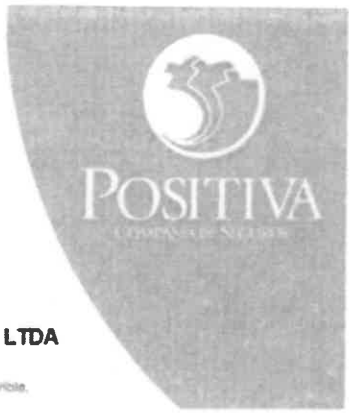
Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

40C4F71DD0F9CE00BDCE9D3CA09CF265

Certificado impreso el día 7/17/2019 3:43:21 PM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co



519

JOSE ABELINO
VARGAS TENJO
1057463178

ARQUITECTURA URBANA LTDA
830098495

Este carné es personal e intransferible.

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

51

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE ABELINO VARGAS TENJO identificado(a) con C.C No. 1.057.463.178, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 05 de agosto del 2019.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

medimás EPS

60

Certificado de Afiliación

El Señor JOSE ABELINO VARGAS TENJO , identificado con Cédula Ciudadanía 1.057.463.178, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	JOSE ABELINO VARGAS TENJO		
Número de identificación:	1057463178	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	11/09/2018	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CR 53 C No. 3 - 23	Municipio residencia:	Ramiriqui
Teléfono actual de residencia:	7327628	Depto. Residencia:	BOYACA

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
830098495	ARQUITECTURA URBANA LTDA	18/07/2019	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 6 días del mes de Agosto de 2019, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones

Elaboro: Michael Alexander Herrera Triana

6

medimás EPS No. 3015378959

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ 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: [illegible] | Segundo apellido: [illegible] | Primer nombre: JOSE | Segundo nombre: ABELINO
7. Tipo documento de identidad: CC | Número del documento de identidad: 105+2103178 | 9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒ | 10. Fecha de nacimiento: D 1 6 M 1 A 1 9 8 1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo ☐ ☐ ☐ ☐ Cuál(es) ☐ ☐ | 13. Perfeccionamiento | 14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales (ARL): [illegible] | 16. Administradora de Pensiones: [illegible] | 17. Ingreso bruto de cotización: $ 1.800.000

18. Residencia: Dirección: C-53 C 73 | Teléfono Fijo: [illegible] | Teléfono celular: 3203[illegible]78 | Correo electrónico: [illegible]
Municipio/Distrito: [illegible] | Zona: Urbana ☐ Rural ☐ | Localidad/Comuna: [illegible] | Departamento: [illegible]

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

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01									D D M M A A A A
02									D D M M A A A A
03									D D M M A A A A
04									D D M M A A A A
05									D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Cuál(es)	32. Dirección de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	Correo electrónico	Código otra IPS (a registrar por la EPS)
01											
02											
03											
04											
05											

Selección de la IPS Primaria

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

		Código otra IPS (a registrar por la EPS)
C	[illegible]	[illegible]
5		
01		
02		

medimás
RADICADO PARA ESTUDIO EPS
REGIONAL CUNDINAMARCA
16 JUL 2019

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: [illegible] | 36. Tipo de documento de identificación: NIT | 37. Número de documento de identificación: 8300[illegible] | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): [illegible]
39. Ubicación: C 3 Diagonal 81 | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento

VI. 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 ampliación 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. Modificación de características 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 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 inicio 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 documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de Nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha de Ingreso D D M M A A A A
43. EPS anterior | 44. Código de traslado | 45. Clave de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de desplazado, reconocido en los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de no estar obligado a afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de extranjero de carácter de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiario.
49. Declaración de no inscripción 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 en la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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 mensajería de texto.

VIII. FIRMAS

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA GRUPO CONSTRUCTOR UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C."
	CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA INFORME MENSUAL No. 1 28/06/2019 AL 28/07/2019

602

INFORME

SST

CONSORCIO PRUNI SEDES 04	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA INFORME MENSUAL No. 1 28/06/2019 AL 28/07/2019

PRISMA GRUPO CONSTRUCTOR

UNIVERSAL-SEC S.A.S.

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL	FECHA AFILIACION ARL	EPS	AFP
CONSORCIO PRUNI	OSCAR MAURICIO RIBERO MARTINEZ	91.073.024	RESIDENTE TECNICO	SURA	24/07/2019	SANITAS	COLPENSIONES
CONSORCIO PRUNI	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS CRUZ	55.131.681	RESIDENTE DE OBRA	SURA	29/06/2019	NUEVA	COLFONDOS
CONSORCIO PRUNI	FREDI GOMEZ GARCES	79.416.146	DIRECTOR DE OBRA	SURA	29/96/2019	SURA	COLPENSIONES
CONSORCIO PRUNI	CLAUDIA MARIA ARENAS ORTIZ	39.548.228	RESIDENTE TECNICA	SURA	29/07/2019	SANITAS	COLPENSIONES
CONSORCIO PRUNI	SANDRA LUCIA PARRA JIMENEZ	52.261.860	RESIDENTE ADMINISTRATIVA	SURA	9/07/2019	SURA	COLPENSIONES
CONSORCIO PRUNI	SARA ESPERANZA SERRANO HERNANDEZ	24.049.493	RESIDENTE SST	SURA	10/07/2019	SURA	COLFONDOS
CONSORCIO PRUNI	ALEXANDER SANTOFIMIO TRUJILLO	1.083.866.332	TECNICO ELECTRICISTA	SURA	12/07/2019	NUEVA	COLFONDOS
CONSORCIO PRUNI	WILLIAM FONSECA VARGAS	74.381.366	RESIDENTE SST	SURA	18/07/2019	MEDIMAS	PORVENIR
CONSORCIO PRUNI	MARILUZ CARBACAS GOMEZ	45.530.754	RESIDENTE ADMINISTRATIVA	SURA	22/07/2019	ALIANSALUD	COLPENSIONES
CONSORCIO PRUNI	ZORAYA RUIZ OLAYA	52.084.547	RESIDENTE TECNICA	SURA	26/07/2019	COMPENSAR	COLPENSIONES
CONSORCIO PRUNI	DYLAN ARGEDIS MAHECHA ESPINOSA	1.072.658.043	AUXILIAR	SURA	22/07/2019	COOMEVA	PROTECCION
CONSORCIO PRUNI	JAIR ALIRIO MONTEALEGRE GRANADOS	7.723.231	AUXILIAR	SURA	22/07/2019	COOMEVA	PORVENIR
CONSORCIO PRUNI	CARLOS ESTEBAN SANCHEZ PINILLA	1.018.453.472	AUXILIAR	SURA	22/07/2019	COMPENSAR	COLFONDOS
CONSORCIO PRUNI	OSCAR HERNAN TRUJILLO TOVAR	1.075.213.473	AUXILIAR	SURA	22/07/2019	SALUD TOTAL	COLFONDOS
CONSORCIO PRUNI	MAYCOLL SALCEDO QUINTERO	1.024.527.597	CELADOR	SURA	1/08/2019	COMFACUNDI	PROTECCION
CONSORCIO PRUNI	BRAYAN ESTIVEN SALCEDO QUINTERO	1.026.301.207	CELADOR	SURA	1/08/2019	SALUD TOTAL EPS	COLPENSIONES
CONSORCIO PRUNI	OSCAR ORLANDO GARZON OSPINA	1.033.808.431	CELADOR	SURA	1/08/2019	CAPITAL SALUD EPS	COLPENSIONES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **91.073.024**
RIBERO MARTINEZ

APELLIDOS
OSCAR MAURICIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1971**

SAN GIL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | **A-** G.S. RH | **M** SEXO

28-JUN-1989 SAN GIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2718100-00169320-M-0091073024-20090814 **0014943162A 1** 26392359

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

Control: 0 Bogotà, Julio 13 de 2019 Hora: 8,41

DATOS GENERALES

No Identificación: 91073024 **Paciente:** RIBERO MARTINEZ OSCAR MAURICIO

Fecha Nacimiento: Enero 12 de 1971 **Lugar:** SAN GIL **Edad:** 48

Estado Civil: CASADO (A) **No Hijos:** 0 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DATOS LABORALES

Empresa: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **Empresa Misión:** NO APLICA
EPS: SANITAS **Act.Económica:**
ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA **AFP:** COLPENSIONES
Cargo a Ocupar: RECIDENTE DE OBRA

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: NORMAL

Visiometría: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros: TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES
NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANTIAGO CUENCA SANCHEZ		FIRMA DEL PACIENTE
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		NOMBRE: RIBERO MARTINEZ OSCAR MAURICIO
REGISTRO MÈDICO: 4516		CEDULA: 91073024
LICENCIA S.O: RESOLUCION 753		

606

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2019

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 91073024
NOMBRES Y APELLIDOS	Ribero Martinez,Oscar Mauricio
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ribero Martinez,Oscar Mauricio, a los 15 días del mes de julio del año 2019.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos · Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **OSCAR MAURICIO RIBERO MARTINEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **91073024,** se encuentra afiliado (a) desde **07/12/1991** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de julio de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

RES. TECNICA
IMPRENTA 163

609

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.131.681

BOLAÑOS CRUZ
APELLIDOS

INGRID ALEJANDRA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1984

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-ENE-2003 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABELATRIZ BERGIFO LOPEZ

A-1904900-50137162-F-0055131681-20050804 01937 05216A 02 165385824

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

170
601



DATOS PACIENTE

Nombres:	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS CRUZ
Tipo de Documento:	CC **Documento** 55131681
Sexo F **F. Nacimiento:**	16/10/1984 **Edad:** 34 Años
Entidad:	CONSORCIO PROJARDINES 2018
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	RESIDENTE DE OBRA
Fecha de Atencion:	2019-01-17
Fecha y Hora entrega resultados:	19/01/2019 9.54 AM

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD PSICOFÍSICA PARA TRABAJO EN ALTURA
Resolución No. 1409 DE JULIO DE 2012

Realizado el Examen Médico Ocupacional con énfasis para TRABAJO EN ALTURAS, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo se encuentra:

SIN RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

Recomendaciones:

CONTROL MEDICO ANUAL

Exámenes Realizados:

AUDIOMETRIA TAMIZ	EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS	VISIOMETRIA
GLICEMIA	PERFIL LIPIDICO	

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): YENNI MARCELA GOMEZ GUALI RM: 1018/2017

Dra. Marcela Gómez
MÉDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL

Firma y sello del Médico Evaluador

INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS CRUZ
C.C 55131681
Firma del trabajador Evaluado

ARL | sura

Medellín, 02 de Julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - OBRAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C55131681	BOLAÑOS CRUZ INGRID ALEJANDRA	29/06/2019		1222235Z	DEPENDIENTE

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:C10142441091918357719

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 02/07/2019 16:01:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

172

61

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 12205609

0106150769

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CODIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestacion de servicio [ ]		

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
CN RC TI CC CE PA SC PE			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Codigo	Tipo / Condición			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA U. [ ] R. [ ]	TELÉFONO FIJO

TF	NO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CODIGO IPS

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	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CODIGO IPS
CN RC TI CC CE PA SC PE				

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	M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Telefono Fijo	Telefono Movil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRAFICA	UNIFICACION GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESION	SERVICIO AVALADO POR SNS	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 Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN			

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION [ ]
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. INSCRIPCIÓN 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 [X]
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 BASICOS DE IDENTIFICACION

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO
CN RC TI CC CE PA CD SC PE			

42. FECHA (a partir de) DIA MES AÑO	43. EPS ANTERIOR Código	44. EXCEPCION DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRAFICA UNIFICACION GRUPO FAMILIAR CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESION SERVICIO AVALADO POR SNS	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. Declaracion 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	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] 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. [ ]
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 unión marital. [ ]
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 de 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 [ ]

nueva eps s.a.
COD: C1897
FECHA:
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicacion	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

71. Firma del funcionario

173

612

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) INGRID ALEJANDRA BOLANOS CRUZ identificado(a) con C.C No. 55.131.681, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 02 de julio del 2019.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

174

673

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **79.416.146**

GOMEZ GARCES

APELLIDOS

FREDI

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1967**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

11-JUL-1985 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1516900-00919185-M-0079416146-20170707 0056229118A 2 9910056429

ARL | sura

Medellín, 02 de Julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - OBRAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C79416146	GOMEZ GARCES FREDI	29/06/2019		11231679	DEPENDIENTE

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:C10142441091918357788

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 02/07/2019 16:03:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

Preventsalud IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

Control: 0 Bogotà, Julio 25 de 2019 Hora: 7,50

DATOS GENERALES

No Identificación: 79416146 **Paciente:** GOMEZ GARCES FREDI

Fecha Nacimiento: Mayo 10 de 1967 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 52

Estado Civil: CASADO (A) **No Hijos:** 3 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: ESPECIALIZACION Y/O POSTGRADO

DATOS LABORALES

Empresa: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: SURA **Act.Económica:**

ARL: SURA **AFP:** PORVENIR

Cargo a Ocupar: DIRECTOR DE OBRA

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: CONTROL POR ORL SEMESTRAL

Visiometría: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NORMAL

Optometría: AMETROPIA CORREGIDA

Otros:
PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES
USO DE CORRECCION VISUAL PARA ACTIVIDADES PROXIMAS

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Recomendaciones Dietarias

OBSERVACIONES

NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASISALTURAS

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Licencia: Resolución 753 28 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: GOMEZ GARCES FREDI
LICENCIA S.O: RESOLUCION 753		CEDULA: 79416146

177
676

EPS | sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **FREDI GOMEZ GARCES** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **79416146**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79416146
NOMBRES Y APELLIDOS	FREDI GÓMEZ GARCES
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/10/2017
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	90
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52
EMPLEADOR(ES)	NI 860077099 PAYC S.A.S DESDE 01/09/2017, NI 901294259 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 DESDE 25/06/2019

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **02/07/2019**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

677

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **FREDI GOMEZ GARCES** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79416146,** se encuentra afiliado (a) desde **15/12/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	23	COLPENSIONES	26/01/1995	No Multivinculado
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	8	ING	01/04/1999	No Multivinculado
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/10/2014	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de junio de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

RED. TECNICA
CH HISTORICA

179

678

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.548.228**

ARENAS ORTIZ

APELLIDOS

CLAUDIA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-AGO-1969**

TULUA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-NOV-1987 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2500100-00257182-F-0039548228-20100924 0024078454A 1 35355430

ARL | sura 180

670

Medellín, 08 de julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C39548228	ARENAS ORTIZ CLAUDIA MARIA	09/07/2019		22524043	DEPENDIENTE

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 08/07/2019 12:43:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

NIT 800 251 440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación

116592235

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual · Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio · Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Arenas	Ortiz	Claudia	Maria.

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	39.548.228	Femenino X Masculino	17 08 1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Colpensiones	3.000.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Calle 175 # 6-60 torre 6 apto 302	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
320 783 3069	

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogotá	Urbana X Rural	Bogotá	Cundinamarca.

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	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

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				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

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		

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/jrjtXRFZfpXshCLBDfMgrQRxGnFJQNRQNTkKkHmtnKPHkpRVzfrXzcbsZKKpbNlVxRPVSCXr?projector=1&m... 1/

182
62

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

35. Nombre o razón social: Consorcio Pruni Sedes 04

36. Tipo documento de identificación: NIT ✓ CC TI CE PA CD

37. Número del documento de identificación: 901. 294 259-1

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación
Dirección: Cll 98 # 70-91 OF. 812

Teléfono Fijo: 7421129

Correo Electrónico:

Municipio / Distrito: Bogotá

Departamento: Cundinamarca

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 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 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: CN RC TI CC PA CE CD SC | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha: 05 07 2019

43. EPS anterior: Medimas (Retirado)

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 afiliación 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 vigente 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 los 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 o beneficiario: Cyber Ortiz

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio: Catalina Ortiz.

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 con potestad
- [ ] 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 decrete 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 SISBEN: Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario

E.P.S. SANITAS
REGISTRO PARA VERIFICACIÓN
10 JUL 2019
Recibido Por:

Observaciones:
TD

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

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: John Morales 93205880

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

18

62

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CLAUDIA MARIA ARENAS ORTIZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **39548228,** se encuentra afiliado (a) desde **14/02/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de julio de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

REJ. ANTIA 184

62

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.261.860**

PARRA JIMENEZ
APELLIDOS

SANDRA LUCIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-DIC-1975**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00155048-F-0052261860-20090423 0010987004A 1 6200015762

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

Control: 0 Bogotà, Julio 13 de 2019 Hora: 8,49

DATOS GENERALES

No Identificación: 52261860 **Paciente:** PARRA JIMENEZ SANDRA LUCIA

Fecha Nacimiento: Diciembre 24 de 1975 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 43

Estado Civil: CASADO (A) **No Hijos:** 3 **Sexo:** Femenino

Escolaridad: ESPECIALIZACION Y/O POSTGRADO

DATOS LABORALES

Empresa: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: FAMISANAR **Act.Económica:**

ARL: NO RECUERDA **AFP:** COLPENSIONES

Cargo a Ocupar: RESIDENTE ADMINISTRATIVA

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: NORMAL

Visiometría: NORMAL

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros:
TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES
NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS A. CUENCA SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: PARRA JIMENEZ SANDRA LUCIA
LICENCIA S.O: RESOLUCION 753		CEDULA: 52261860

Medellín, 08 de julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C52261860	PARRA JIMENEZ SANDRA LUCIA	09/07/2019		5V613622	DEPENDIENTE

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 08/07/2019 13:57:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NIT 830.003.564-7

9005927840

Fecha de radicación: 18 07 2019

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
PARRA	JIMENEZ	SANDRA	LUCIA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	52261860	Femenino [X] Masculino [ ]	24 12 1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales a la(s) que cotiza	16. Administradora de pensiones
	Tipo: [ ] Condición: [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$3.000.000	CL 155 9 45		6564808	
	BOGOTA	Zona Urbana [ ] Rural [ ]		DISTRITO CAPITAL

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			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	Datos complementarios 30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	T	P	Condición	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		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO PRUNI	NIT	901294259	

39. Ubicación			
CL 98 70 91 OFC 812	7441529	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de otros datos de identificación [ ] 3. Actualizar el tipo de 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 [X] 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 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					

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		[ ]	[ ]		02 07 2019

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 o afiliados adicionales.	X
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 información 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.	X
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 lo requieran.	X
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.	X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	X

VIII. FIRMAS

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. Copia del 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 consta 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 la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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.

6/7/2016

NIT 830.003.564-7

9005927840

188

627

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

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

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

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

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

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

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: SANDRA LUCIA PARRA JIMENEZ

Identificación: CC 52261860

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI [X] NO [ ]

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: SANDRA LUCIA PARRA JIMENEZ

Identificación: CC 52261860

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

FIRMA A RUEGO

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

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

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

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

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

18

628

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **SANDRA LUCIA PARRA JIMENEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52261860,** se encuentra afiliado (a) desde **01/07/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/07/2016	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de julio de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

629

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
24.049.493
NUMERO

SERRANO HERNANDEZ
APELLIDOS

SARA ESPERANZA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1974
MONGUA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

31-MAR-1993 SANTA ROSA DE VITERBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0707900-34132121-F-0024049493-20050811 02668 05222O 02 157029946

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

Control: 1 Bogotà, Julio 25 de 2019 Hora: 7,25

DATOS GENERALES

No Identificación: 24049493 **Paciente:** SERRANO HERNANDEZ SARA ESPERANZA
Fecha Nacimiento: Noviembre 30 de 1974 **Lugar:** MONGUA **Edad:** 44
Estado Civil: SOLTERO (A) **No Hijos:** 1 **Sexo:** Femenino
Escolaridad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DATOS LABORALES

Empresa: CONSORCIO PRUNI SEDES 04
EPS: SURA
ARL: SURA
Cargo a Ocupar: ESPECIALISTA SST
Empresa Misión: NO APLICA
Act.Económica:
AFP: COLFONDOS

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: NORMAL

Visiometría: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NORMAL

Optometría: NO APLICA

Otros:
PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES
NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Servicios de Salud Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS MAURICIO CUENCA SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		Sara E. Serrano T FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: SERRANO HERNANDEZ SARA ESPERANZA
LICENCIA S.O: RESOLUCION 753		CEDULA: 24049493

ARL | sura

Medellín, 09 de julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C24049493	SERRANO HERNANDEZ SARA ESPERANZA	10/07/2019		17324115	DEPENDIENTE

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 09/07/2019 14:33:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. U 13792521

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS) 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. Oficio ☐
Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) 12 01 2019
3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) 1 — 1 DEPENDIENTE
Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SERRANO	HERNANDEZ	SARA	ESPERANZA

7. Tipo de doc	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
CC	24049493	Femenino ☒ Masculino ☐	30/11/1974	SOLTERO (A)	EPS044 MEDIMAS

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia
12. Discapacidad Tipo [F][N][M] Condición [T][P]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones: COLFONDOS
17. Ingreso base de cotización -IBC: 2,858,000

18. Residencia — Dirección: CL 160 # 57 - 70; Teléfono fijo: 7441529; Teléfono Celular: 3202741417; Correo electrónico: ASISTENTE@PRISMAUNIVERSAL.COM
Municipio/Distrito: BOGOTA D.C.; Zona: Urbana ☒ Rural ☐; Localidad/Comuna; Departamento: DISTRITO CAPITAL; Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1761 A Y G NIZA

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 doc
21. Número del documento de identidad
22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐
23. Fecha de nacimiento
Dirección
Municipio/Distrito
Zona Urbana ☐ Rural ☐
Departamento
Código IPS (a registrar por la EPS)
Teléfono fijo
Teléfono Celular

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

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

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B2			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B3			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B4			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B5			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	

32. Datos de residencia

	Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

34. Selección de la IPS Primaria

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

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 PRUNI SEDES 04
36. Tipo de doc: NI
37. Número de documento de identificación: 901294259
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
	CALLE 98 #70-91 OFC 812	7441529	ASISTENTE@PRISMAUNIVER	BOGOTA D.C.	DISTRITO

Vigilado Supersalud
apotema

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

635

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SARA ESPERANZA SERRANO HERNANDEZ identificado(a) con C.C No. 24.049.493, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de abril del 2019.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

TECNICO ELECTRICISTA

105

63

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.083.866.332**

SANTOFIMIO TRUJILLO
APELLIDOS

ALEXANDER
NOMBRES



ALEXANDER SANTOFIMIO.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1986**
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-MAY-2004 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1906100-50130442-M-1083866332-20041021 **03064** 04295A 02 165129565

Preventsalud IPS SAS

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

Control: 0

Bogotà, Julio 09 de 2019 ✓ Hora: 16,13

DATOS GENERALES

No Identificación: 1083866332 **Paciente:** SANTOFIMIO TRUJILLO ALEXANDER

Fecha Nacimiento: Marzo 14 de 1986 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 33

Estado Civil: UNION LIBRE **No Hijos:** 3 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

Empresa: CONSORCIO PRUNI SEDES 04
EPS: NUEVA EPS
ARL: SURA
Cargo a Ocupar: ALMACENISTA

Empresa Misión: NO APLICA
Act.Económica:
AFP: COLPENSIONES

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: CONTROL POR ORL ANUAL

Visiometría: NORMAL

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO APLICA

Optometría: NO APLICA

Otros:
TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)
NO APLICA

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS ✓

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019		
CARLOS [illegible] SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: SANTOFIMIO TRUJILLO ALEXANDER
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1083866332

ARL | sura

Medellín, 11 de julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
--					
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1083866332	SANTOFIMIO TRUJILLO ALEXANDER	12/07/2019		19721921	DEPENDIENTE

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 11/07/2019 16:38:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

198

"Código Unicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 12205608

1693

0106150768

637

I. TIPO DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]

CODIGO:

FECHA DE LA SOLICITUD: 12 07 2019

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Santofimio	Trujillo	Alexander	

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] R.C. [ ] T.I. [X] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E.

8. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1083885332

9. SEXO: F [ ] M [X]

10. FECHA NACIMIENTO: 14 03 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	Código	12. DISCAPACIDAD Tipo	Condición	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
			T P			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
Colfondos	1'000.000	Carrera 73a #2-20		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA U. [X] R. [ ]	TELÉFONO FIJO
Bogotá	Bogotá		7441579

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRONICO	CODIGO IPS
3119879333	asistente@prismauniversal.com	

IV. DATOS DE IDENTIFICACION 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. [ ] P.E.

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

22. SEXO: F [ ] M [ ]

23. FECHA NACIMIENTO

CODIGO IPS

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

	PELLIDOS 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 DIA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1											F. N. M.	T. P.
2											F. N. M.	T. P.
3											F. N. M.	T. P.
4											F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Telefono Fijo	Teléfono Movil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCION DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRAFICA	UNIFICACION GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESION	SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBEN	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 Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: Consorcio Prism Sedes 09

36. Tipo documento de identidad: [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [X] P.E.

37. Número documento de identidad: 901.299.259

DV: 1

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Jurídico

DIRECCIÓN O DIRECCIÓN: Cl 98 a 70-91 of 812

CIUDAD: Bogotá

DEPARTAMENTO: Bogotá

TELÉFONO: 7441579

CORREO ELECTRONICO: asistente@prismauniversal

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 09 07 2019

CARGO: Técnico electr.

SALARIO: 1'000.000

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 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. [ ] P.E.

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO: F [ ] M [ ]

FECHA NACIMIENTO

42. FECHA (a partir de) DIA MES AÑO

43. EPS ANTERIOR Código

44. EXCEPCION DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRAFICA [ ] UNIFICACION GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESION [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]

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 economicamente 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: Alexander Santofimio

55. Firma y sello del Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio: Carolina Carrillo

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [ ] CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE
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 terminacion 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. [illegible]mento 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 sus padres. [ ]
63. [illegible] la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. [illegible]ución de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. [illegible] del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

nueva eps s.a.
COD: C1897
FECHA: 12/07/2019
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN

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 de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]

68. Fecha de radicacion

69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo documento de identidad [ ] Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - NIT 900.175.437-1 - TEL 4927110

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

639

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ALEXANDER SANTOFIMIO TRUJILLO identificado(a) con C.C No. 1.083.866.332, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 11 de julio del 2019.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.381.366

FONSECA VARGAS
APELLIDOS

WILLIAM
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1985
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

22-ABR-2003 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

ARL | sura 201

640

Medellín, 17 de julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRAS		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C74381366	FONSECA VARGAS WILLIAM	18/07/2019		91154216	DEPENDIENTE

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 17/07/2019 11:47:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

Control: 1 Bogotà, Diciembre 12 de 2018 Hora: 11,12

DATOS GENERALES

No Identificación: 74381366 **Paciente:** FONSECA VARGAS WILLIAM
Fecha Nacimiento: Abril 20 de 1985 **Lugar:** DUITAMA **Edad:** 33
Estado Civil: CASADO (A) **No Hijos:** 2 **Sexo:** Masculino
Escolaridad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DATOS LABORALES

Empresa: CONSTRUCCIONES EQ SAS
EPS: OTRAS EPS
ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA
Cargo a Ocupar: COORDINADOR
Empresa Misión: NO APLICA
Act.Económica:
AFP: PORVENIR

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: NORMAL

Visiometría: CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros:
GLICEMIA - COLESTEROL - TRIGLICERIDOS (NORMAL)

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES
USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION NECESARIOS
CAMBIIO DE HABITOS ALIMENTARIOS

RECOMENDACIONES
Uso de gafas permanentes
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Incluir programa vigilancia epidemiologica en Visual

OBSERVACIONES

NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mi en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

PATRICIA CECILIA ALFANADOR NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO		FIRMA DEL PACIENTE William Fonseca NOMBRE: FONSECA VARGAS WILLIAM
REGISTRO MEDICO: 5495 DE 2003		CEDULA: 74381368
LICENCIA S.O. 12919 / 18-nov-2014		

Scanned with CamScanner

medimás EPS
NIT. 901097473 - 5
www.medimas.com.co

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

FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN Y NOVEDADES DE APORTANTES

No.600

CÓDIGO 044

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO

Regional Radicación	Seccional Radicación	Fecha de Radicación D D M M A A A A	Número de Radicación	Fecha de Diligenciamiento 18 07 2019

SELECCIONE LA OPERACIÓN QUE DESEA REALIZAR (Elija si es una inscripción o una novedad de aportante y marque con una equis (X)) INSCRIPCIÓN DE APORTANTE ☐ NOVEDAD DE APORTANTE ☐

PARTE I, INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL APORTANTE (Por favor seleccione con una equis(X), el tipo de Aportante que representa)

- [X] 1. Jurídicas
- [ ] 2. Naturales
- [ ] 3. Contratista
- [ ] 4. Coop. y Precooperativas de Trabajo Asociado
- [ ] 5. Mutuales
- [ ] 6. Notarias
- [ ] 7. Agremiadoras
- [ ] 8. Asociaciones
- [ ] 9. Entidades Educativas
- [ ] 10. Alcaldías
- [X] 11. Consorcios
- [ ] 12. Hosp., Clínicas y Centros de Salud
- [ ] 13. Edificios o Conjuntos Residenciales
- [ ] 14. Concejos Municipales
- [ ] 15. Asociaciones Madres Comunitarias
- [ ] 16. Sindicatos
- [ ] 17. Uniones Temporales
- [ ] 18. Organizaciones No Gubernamentales
- [ ] 19. Embajadas y Consulados
- [ ] 20. Administradora de Riesgos Laborales
- [ ] 21. Cajas de Compensación Familiar
- [ ] 22. Iglesias (Católicas/Cristianas)
- [ ] 23. Administradoras de Fondos de Pensiones
- [ ] 24. Otros

PARTE II, TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR (Elija la novedad que está presentando y seleccione con una equis (X)).

Novedades Básicas Aportantes
- [X] 1. Documento de Identificación
- [X] 2. Razón Social
- [X] 3. Dirección, teléfono, fax
- [X] 4. Correo Electrónico Aportante
- [ ] 5. Pagina WEB Aportante
- [X] 6. Admin. Riesgos Laborales
- [X] 7. Caja de Compensación Familiar
- [X] 8. Número de Empleados
- [ ] 9. Otros

Novedades Representante Legal
- [X] 10. Nombre y Apellidos
- [X] 11. Tipo y Número de Documento
- [X] 12. Teléfono
- [X] 13. Correo Electrónico
- [ ] 14. Otros

Novedades Gerente/Presidente
- [ ] 15. Nombre y Apellidos
- [ ] 16. Tipo y Número de Documento
- [ ] 17. Teléfono
- [ ] 18. Correo Electrónico
- [ ] 19. Otros

Novedades Contacto Nómina
- [ ] 20. Nombre y Apellidos
- [ ] 21. Tipo y Número de Documento
- [ ] 22. Cargo
- [ ] 23. Teléfono
- [ ] 24. Correo Electrónico
- [ ] 25. Otros

Novedades Sucursal/Sede
- [ ] 26. Inscripción
- [ ] 27. Dirección, teléfono, fax
- [ ] 28. Municipio y Dpto.
- [ ] 29. Número de Empleados
- [ ] 30. Correo Electrónico
- [ ] 31. Página WEB
- [ ] 32. Otros

Novedades Grupo Empresarial
- [ ] 33. Tipo y No. de Identificación
- [ ] 34. Razón Social
- [ ] 35. Dirección, teléfono, fax
- [ ] 36. Número de Empleados
- [ ] 37. Correo Electrónico
- [ ] 38. Página WEB
- [ ] 39. Otros

PARTE III, POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SI VA A REALIZAR LA INSCRIPCIÓN DEL APORTANTE O SI REPORTA LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS 10 JUL 2019

Tipo de Identificación Aportante: [X] NIT [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [ ] C.D.

Número de Identificación: 901299259 **DV:** 7

Nombre o Razón Social: Consorcio Pruni Sedes 04

Sector del Aportante: [ ] Mixta [X] Privada [ ] Oficial

Objeto Social del Aportante:

Dirección Sede Principal: Calle 98 #70-91 Of. 612

Municipio: BOGOTA

Departamento: BOGOTA D.C

Zona Laboral: [X] Urbana [ ] Rural

Número de Empleados: 5

Número Total de Empleados: 5

Pertenece a un Grupo Empresarial SI [ ] NO [ ]

Teléfono Laboral / Extensión: 7441529

Fax Laboral:

Celular Laboral: 319 452 1708

Cuál?

Página WEB Aportante:

Actividad Económica: 4290

Correo Electrónico Aportante: asistente@prismauniversal.com

Tamaño del Aportante: [ ] 1 [X] 1 a 10 [ ] 10 a 20 [ ] 20 a 100 [ ] Más de 100

Administradora de Riesgos Laborales: SURA

Caja de Compensación Familiar: CAFAM

Tipo Aportante [ ] Grande [ ] Mediana [X] Pequeña [ ] Famiempresa

VIGILADO Supersalud

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Identificación	Número de Identificación	DV
SAMUEL EDUARDO CARRILLO	NIT P.A. / [X] C.C. T.I. / C.E. C.D.	77179188	

Teléfonos Representante Legal	Correo Electrónico Representante Legal
7441529	SamuelCarrillo2032@hotmail.com

Contacto Nómina - Nombres y Apellidos Responsable	Tipo de Identificación	Número de Identificación
Andrea Catalina Ortiz	NIT P.A. / [X] C.C. T.I. / C.E. C.D.	1019249109

Cargo Contacto Nómina	Teléfono Contacto Nómina	Correo Electrónico Responsable de Nómina
Asistente Administrativo	7441529	asistente@primauniversal.com

PARTE IV, POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SI LOS DATOS REGISTRADOS SON LOS NUEVOS O SI VAN A REALIZAR LA NOVEDAD 1 Y 2.

Tipo de Identificación Aportante	Número de Identificación	DV	Nombre o Razón Social/Entidad Pensional	Sector del Aportante
[X] NIT P.A. / C.C. T.I. / C.E. C.D.	901294259	1	Consorcio Prima Sedes 04	Mixta / [X] Privada / Oficial

PARTE V, SI USTED REPORTA LA NOVEDAD 39 POR FAVOR DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS DEL NUEVO APORTANTE

Tipo de Identificación Aportante	Número de Identificación	DV	Nombre o Razón Social/Entidad Pensional	Fecha de Retiro Anterior Aportante	Fecha de Ingreso Nuevo Aportante
NIT P.A. / C.C. T.I. / C.E. C.D.					

PARTE VI, ENTREGA DE DOCUMENTOS SOPORTE A LA INSCRIPCIÓN Y/O NOVEDAD DE APORTANTES (Elija el documento que está presentando y seleccione con una equis (X)).

1. [ ] Solicitud escrita dirigida a la Vicepresidencia Comercial de Medimás , Firmada por el Representante Legal.
2. [X] Documento de Identificación del Representante Legal / Patrono.
3. [ ] Afiliación Administradora de Riesgos Laborales
4. [X] Certificado de Constitución y Representación Legal / Certificado de Camara de Comercio.
5. [X] Copia del Número de Identificación Tributaria / Registro Único Tributario.
6. [ ] Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Educación.
7. [ ] Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
8. [ ] Resolución de Aprobación Expedida por el ICBF
9. [ ] Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Relaciones Exteriores.
10. [ ] Certificado de Propiedad Horizontal / Curaduría
11. [X] Certificación de Conformación Consorcio / Unión Temporal.
12. [ ] Inscripción y Aprobación de Régimen de Trabajo ante Ministerio de Trabajo
13. [ ] Inscripción y Aprobación de Régimen Previsión y Seguridad Social ante Ministerio de Trabajo.
14. [ ] Inscripción y Aprobación de Régimen Compensaciones ante Ministerio de Trabajo.
15. [ ] Autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud para llevar a cabo Afiliaciones Colectivas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
16. [ ] Acta de la Asamblea General de Cooperados o Asociados o del Órgano de Aprobación para ejecutar las Afiliaciones Colectivas de Trabajadores.
17. [ ] Estatutos Aprobados por la Superintendencia de la Economía Solidaria, Dansocial.
18. [ ] Manifestación Escrita del Representante Legal, no cobro por Desempeño de la labor y no Recaudo de la Cotización del Trabajador.
19. [ ] Resolución Entidad Pensional/Certificación Administradora Fondo de Pensiones
20. [ ] Acta de Posesión.
21. [ ] Estatutos Aprobados por la Superintendencia de la Economía Solidaria, Dansocial.
22. [ ] Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio del Interior y de Justicia.

OBSERVACIONES

DIGITADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL CUNDINAMARCA

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que la información reportada y los documentos soporte, en éste formulario de inscripción y novedades de Aportantes, es veraz y corresponde a la realidad y manifiesto mi voluntad de afiliación a la EPS, en constancia como representante legal firmo a continuación:

13 JUL 2019

Samuel Eduardo Carrillo
AGENTE COMERCIAL

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL

PARTE VII, INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Fuerza de Ventas / Consultor Atención al Usuario

Nombres y Apellidos: _____

Identificado con: _____

Dirección Seccional / Coordinador Comercial / Supervisor

Nombres y Apellidos: _____

Identificado con: _____

medimás EPS No. 3015806760

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐

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

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
[illegible]	[illegible]	[illegible]	

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1[illegible]3[illegible]3[illegible]6	Femenino ☐ Masculino ☑	[illegible]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M / Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
[illegible]	[illegible]	[illegible]

18. Residencia			
Dirección: [illegible]	Teléfono fijo: [illegible]	Teléfono celular	Correo electrónico
Municipio/Distrito: [illegible]	Zona: Urbana ☐ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento

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

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registar 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	[illegible]	
B		

ORIGINAL PARA EL AFILIADOR - ENTIDAD TERRITORIAL

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **WILLIAM FONSECA VARGAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **74,381,366**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 45530754

CABARCAS GOMEZ
APELLIDOS

MARILUZ
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1981
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-DIC-1999 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0500100-70079475-F-0045530754-20000529 06052 00150I 01 082795705

RESIDENTE ADMINISTRATIVO
C. P. S. 04
$ 3.000.000 + 500.000
F.I → 22 JUL
EPS : ALIANSALUD

Dir Calle 62 24-37 201
3174192510

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

2017

ARL | sura 208

647

Medellín, 17 de julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C45530754	CABARCAS GOMEZ MARILUZ	22/07/2019		24624992	DEPENDIENTE

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 17/07/2019 11:51:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

Control: 0 Bogotà, Julio 13 de 2019 Hora: 8,54

DATOS GENERALES

No Identificación: 45530754 **Paciente:** CARBACAS GOMEZ MARILUZ
Fecha Nacimiento: Agosto 06 de 1981 **Lugar:** CARTAGENA **Edad:** 37
Estado Civil: CASADO (A) **No Hijos:** 0 **Sexo:** Femenino
Escolaridad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DATOS LABORALES

Empresa: CONSORCIO PRUNI SEDES 04
EPS: ALIANSALUD
ARL: SURA
Cargo a Ocupar: RESIDENTE ADMINISTRATIVO
Empresa Misión: NO APLICA
Act.Económica:
AFP: COLPENSIONES

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: NORMAL

Visiometría: NORMAL

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros:
TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad Social y Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS [illegible] SANCHEZ		FIRMA DEL PACIENTE
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		NOMBRE: CARBACAS GOMEZ MARILUZ
REGISTRO MÉDICO: 4516		CEDULA: 45530754
LICENCIA S.O: RESOLUCION 753		

Aliansalud eps

COMPROBANTE DE RADICACION
SOLICITUD DE NOVEDADES

210

No. RADICACION

595059

I. DATOS GENERALES

FECHA DE RADICACION	AÑO	MES	DIA	NOMBRE DE LA OFICINA	CODIGO OFICINA	CIUDAD
	2019	07	17	Of Parque Nacional	281	BOGOTA

TIPO Y No. DE IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS
CC 45530754	MARILUZ CABARCAS GOMEZ

TIPO DE PLAN	NUMERO DE CONTRATO
POS	0045530754

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA	TELEFONO	CIUDAD
1		- BOGOTA

II. DATOS DEL USUARIO SOLICITANTE

TIPO Y No. DE IDENTIFICACION DEL USUARIO SOLICITANTE	NOMBRES Y APELLIDOS
CC 45530754	MARILUZ CABARCAS GOMEZ

DIRECCION DE RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA
CLL 51 27 56 APT 201.....	3403547	BOGOTA

DIRECCION OFICINA	TELEFONO OFICINA
CL 37 22 28	3685410

III. DATOS DE RADICACION

TIPO DE AJUSTE	CODIGO	FECHA DE EFECTO	AÑO	MES	DIA
Inc. Empleador	4.1		2019	07	17

IV. FIRMAS

FIRMA Y SELLO ALIANSALUD	USUARIO	FIRMA DEL SOLICITANTE
	yahernandez	

Aliansalud eps
AUXILIAR INTEGRAL 2
OFICINA PARQUE NACIONAL

ESTE COMPROBANTE NO CONSTITUYE APROBACÓN DE LA SOLICITUD RADICADA; POR LO TANTO COLMÉDICA SE RESERVA EL DERECHO DE APROBAR O RECHAZAR LA SOLICITUD

CLIENTE

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 de Documento de Identidad	26. Número Documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
			Femenino ☐ Masculino ☐	DD MM AAAA
B2			Femenino ☐ Masculino ☐	DD MM AAAA
B3			Femenino ☐ Masculino ☐	DD MM AAAA
B4			Femenino ☐ Masculino ☐	DD MM AAAA
B5			Femenino ☐ Masculino ☐	DD MM AAAA

Datos Complementarios

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

32. Datos de Residencia

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de salud -IPS

C	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

211

650

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MARILUZ CABARCAS GOMEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **45530754,** se encuentra afiliado (a) desde **01/08/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/08/2010	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de julio de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

212

651

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.084.547**

RUIZ OLAYA

APELLIDOS

ZORAYA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1973**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-JUL-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALLEGO VACCA

A-1500150-00841555-F-0052084547-20160729 0050555485A 1 9996337181

ARL | sura

652

Medellín, 25 de julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS	Clase: 5	Porcentaje Cotización:		6,96 %
C52084547	RUIZ OLAYA ZORAYA	26/07/2019		D2217242	DEPENDIENTE

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 25/07/2019 16:38:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

Control: 0 Bogotà, Julio 23 de 2019 Hora: 11,32

DATOS GENERALES

No Identificación: 52084547 **Paciente:** RUIZ OLAYA ZORAYA

Fecha Nacimiento: Abril 08 de 1973 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 46

Estado Civil: UNION LIBRE **No Hijos:** 1 **Sexo:** Femenino

Escolaridad: ESTUDIANTE UNIVERSITARIO APLAZ

DATOS LABORALES

Empresa: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: COMPENSAR **Act.Económica:**

ARL: NO AFILIADO **AFP:** COLFONDOS

Cargo a Ocupar: ARQUITECTA

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometria: CONTROL POR ORL ANUAL

Visiometría: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometria: NO SE REALIZA

Otros: TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES
USO DE DOBLE PROTECTOR AUDITIVO

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Incluir programa vigilancia epidemiologica en AUDITIVO

OBSERVACIONES
NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia No. 753 18 de Enero del 2019 CARLOS ARTURO CUENCA SANCHEZ		Zoraya Ruiz Olaya
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: RUIZ OLAYA ZORAYA
LICENCIA S.O: RESOLUCION 753		CEDULA: 52084547

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ZORAYA RUIZ OLAYA identificado(a) con C.C No. 52.084.547, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 30 de julio del 2019.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

216

655

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 29/07/2019

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliado		3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante / B. Cabeza de familia / C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación:	A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia: /	B. Colectiva: / C. Institucional: D. De oficio:	A. Contributivo: / B. Subsidiado:	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado	
B. Reporte de Novedades: /	• Beneficiario o afiliado adicional:				

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

6. Apellidos y nombres				
Ruiz	Olaya	Zoraya		
7. Tipo de documento de identidad: C.C	8. Número de documento de identidad: 52.089.547	9. Sexo: Femenino / Masculino	10. Fecha de nacimiento: 08/04/1973	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				Sura	Colfondos

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
3'000.000	Kra 67 # 169-82 To.1 APT 804			3102656720
Camilodvc1@gmail.com	BOGOTÁ D.C.	Zona: Urbana / Rural	BOGOTÁ D.C.	

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			
20. Tipo de documento de identidad	21. Número de 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. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición F	N	M	T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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)
Col.		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
Consorcio Prudi Sedes 09	NIT
37. Número del documento de identificación	**38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)**
901.249.259-1	Jurídico

39. Ubicación					
Cl 98 H 70-91 Of 812	7441529	asistente@prudiuniversal.com	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	42. Fecha: 29/07/2019	
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:	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 por sus funciones la requieran: /
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 acrediten la condición de beneficiarios:	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: /
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud:	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto: /
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: /	

VIII. FIRMAS

Zoraya Ruiz	Samuel Carrillo

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente:	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia:
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital:	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:
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:	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:
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor:	65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o 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 la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de validación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación						
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad			71. Firma del funcionario		
OBSERVACIONES: Agosto						

29 JUL 2019

Cód 126 Gina Paola Jaime M.

SUJETO A VERIFICACIÓN

GIRADO Supersalud

IGILADO SuperSubsidio

Que, realizado el examen de la documentación acreditada por el peticionario, en relación con la solicitud de expedición del certificado de vinculación de trabajadores con discapacidad, se evidencia lo siguiente:

656

RADICADO:		12105
FECHA RADICADO:		12/4/2019
NOMBRE – RAZON SOCIAL:		OJEDA GOMEZ MAX
IDENTIFICACIÓN:		19326253-6

A. NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES:	3
B. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD: *(Numeral 2 del Artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015), Decreto 0392/2018 Artículo 2.2.1.2.4.2.6.*	1
C. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON MÁS DE UN AÑO DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA: *(Literal a Articulo 24 Ley 361 de 1997)*	0
D. PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON MÁS DE UN AÑO DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA: *(C / A) x 100 - Escribir el porcentaje con un decimal.*	0,00%

ADVERTENCIA: Recuerde que, en caso de ser beneficiado con puntajes adicionales y/o preferencia en algún proceso de licitación pública, concurso de méritos, adjudicación y celebración de contratos, el número de trabajadores con discapacidad que dio lugar a la obtención del puntaje adicional de la oferta verificado por esta Dirección Territorial, deberá mantenerse como mínimo por un lapso igual al de la ejecución del contrato. Corresponderá a la entidad o empresa contratante verificar lo antes señalado, articulo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015, el Ministerio del Trabajo ejercerá la Inspección, Vigilancia y Control.

OBSERVACIONES: .....

La vigencia de la presente constancia es de Seis (6) Meses contados a partir de la fecha de expedición y para su validez se debe dar estricto cumplimiento al artículo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015

Dado en, Bogotá D.C. el jueves, 9 de mayo de 2019

LUZ AMPARO MEJIA ROMERO
Coordinadora GACT

Verificó y Elaboró: IVANEGAS.//

PLANILLA INTEGRADA DE TOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830110735-8	GRUPO CONSTRUCTOR PRISMA SAS		CALLE 98 N 70-91 OFI 812	7441529	asistente@prismaunivesal.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-05	2019-04	E	14/05/2019	34510782	$1.894.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1010204184	RODRIGUEZ ALVAREZ GERMAN CAMILO	1	0			S																	230301	900.000	144.000	0	0	0	0	EPS002	900.000	36.000	14-23	900.000	1	4.700	CCF21	900.000	36.000	0	0	0	0	0
CC	1013614046	ESCOBAR PINZON NATALIA ESPERANZA	1	0			S																	25-14	1.100.000	176.000	0	0	0	0	EPS005	1.100.000	44.000	14-23	1.100.000	1	5.800	CCF21	1.100.000	44.000	0	0	0	0	0
CC	1013614046	ESCOBAR PINZON NATALIA ESPERANZA	1	0			S										X							25-14	350.000	56.000	0	0	0	0	EPS005	350.000	14.000	14-23	350.000	1	0	CCF21	350.000	0	0	0	0	0	0
CC	1013614046	ESCOBAR PINZON NATALIA ESPERANZA	1	0			S												X					25-14	50.000	8.000	0	0	0	0	EPS005	50.000	2.000	14-23	50.000	1	0	CCF21	50.000	2.000	0	0	0	0	0
CC	1014244109	ORTIZ LANDINEZ ANDREA CATALINA	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-23	1.160.000	1	6.100	CCF21	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
CC	1014244109	ORTIZ LANDINEZ ANDREA CATALINA	1	0			S												X					25-14	40.000	6.400	0	0	0	0	EPS008	40.000	1.600	14-23	40.000	1	0	CCF21	40.000	1.600	0	0	0	0	0
CC	79321873	CASTAÑO BARRETO OSCAR	1	0			S																	25-14	4.000.000	640.000	0	0	20.000	20.000	EPS005	4.000.000	160.000	14-23	4.000.000	1	20.900	CCF21	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FOLIO 217
C. MEMORIA
655

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.072.658.043
MAHECHA ESPINOSA

APELLIDOS
DYLAN ARGEDIS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1990
VILLANUEVA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

09-OCT-2008 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1505500-00157714-M-1072658043-20090528 0011856245A 1 25897828

Dirección: CAR 9 NO 31-17
Tel: 8642916-3056183619

218

ESSAI S.A.S.

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 09/07/2019 09:12:00 Empresa PARTICULAR

Nombre DYLAN ARGEDIS MAHECHA ESPINOSA

Cargo INSTALADOR DE DRYVALL Doc. Identidad CC 1072658043

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	APLAZA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO		
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

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

VALORACIÓN POR OPTOMETRIA PARA FORMULA DE CORRECCIÓN VISUAL. HACER PAUSAS ACTIVAS. USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. SEGUIR HÁBITO DE VIDA SALUDABLE. HIGIENE POSTURAL

Dra. Raquel Prieto Villareal
Especialista Salud Ocupacional
Licencia Sa... 12 de Julio 2015

RAQUEL GIOVANNA PRIETO VILLAREAL
Especialidad
CC: 52064355 RM

Trabajador: DYLAN ARGEDIS MAHECHA
CC 1072658043
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CAR 9 NO 31-17 Teléfono: 8642916-3056183619
Email: comercial@essaisas.com

Medellín, 19 de Julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - OBRAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1072658043	MAHECHA ESPINOSA DYLAN ARGEDIS	22/07/2019		95mDR152	DEPENDIENTE

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:C10142441091920058195

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 19/07/2019 16:09:55 .

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

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

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1072658043
NOMBRES	DYLAN ARGEDIS
APELLIDOS	MAHECHA ESPINOSA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	CHIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOMEVA E.P.S. S.A. -CM	SUBSIDIADO	11/03/2017	31/07/2019	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/19/2019 15:18:52	Estación de origen:	181.57.129.162

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

662

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MAHECHA ESPINOSA DYLAN ARGEDIS** identificado(a) con **CC** número **1.072.658.043** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de octubre de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de julio de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

201907191534

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el ministerio de trabajo con el radicado No 08SA2018220000000045043 expedido el día 23 de noviembre del año 2018.

Por razones de haber cursado y aprobado el programa formación y entrenamiento en protección contra caídas y cumplimiento con la resolución 1409 del año 2012;

Se confiere a:

MAHECHA ESPINOSA DYLAN ARGEDIS

Identificado con CC No 1072658043

La certificación de trabajo seguro en alturas **NIVEL REENTRENAMIENTO** con una **DURACIÓN** de **20 HORAS**.

Se expide a los 28 días del mes de **MAYO** del año 2019 en el municipio de **CHÍA** (Cundinamarca)

Código de Verificación: TSA19-1494

JOSE EMANUEL SALAS G
Representante Legal

JUAN PAULO NEIRA CAPOTE
Entrenador TSA SENA

GEPAR S.A.S., Carrera 10 No 14 60 Chía Cundinamarca Móvil 3134313757
La autenticidad de este certificado podrá ser verificada en el teléfono 3169844550 O enviando correo electrónico a Email: [illegible]

NTC 9872
BUREAU VERITAS Certification
CER No. CO18.[illegible]

223
LIEVANO
PRUNI 6

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **7.723.231**

MONTEALEGRE GRANADOS

APELLIDOS

JAIR ALIRIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1981**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

15-MAR-2001 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1900100-00755023-M-0007723231-20151010 0046895078A 2 6693576845

BIO SALUD LABORAL S.A.S.

"Aqui empieza su salud y seguridad laboral"

Calle 37 No. 4F – 20 B/Magisterio / Tel: 2700082 – 3153019782 / E-mail: biosaludlaboral@hotmail.com
NIT: 900705987-5

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL PARA INGRESO TRABAJO EN ALTURAS

Resolución 1409 de 2012

CIUDAD: IBAGUE FECHA: DÍA 28 MES 5 AÑO 2019

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA: HIPERCON

CARGO AL QUE ASPIRA O DESEMPEÑA: OFICIAL DE OBRA

TIEMPO DE SERVICIO: TIEMPO EN LA EMPRESA:

APELLIDOS: MONTEALEGRE GRANADOS NOMBRES: JAIR ALIRIO

IDENTIFICACION: 7.723.231 EDAD: 37 SEXO: M XX F

VALORACIÓN PARA EL VERTIGO: NORMAL XX ANORMAL

1. CONDICIONES PARA EL INGRESO A TRABAJO EN ALTURAS:

APTO PARA EL CARGO DE TRABAJO EN ALTURAS: XX

APTO PARA EL CARGO CON RESTRICCIONES INDICADAS:

NO APTO PARA EL CARGO DE TRABAJO EN ALTURAS:

APLAZADO:

2. LABORATORIOS O EXAMENES EFECTUADOS:

PESO: 73 TALLA 1.67 IMC: 26,5 CONDICION: SOBREPESO

Glicemia: 93 mg/dl Hemoclasificación: O Rh Positivo XX Negativo

Colesterol total: 216 Colesterol LDL: Colesterol HDL: IA:

Trigliceridos: 180 Electrocardiograma:

Cuadro Hemático: Transaminasas GPT: GOT:

Serología: Reactiva No Reactiva Parcial de Orina:

Examen Osteomuscular: DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES

Audiometría: OIDO DERECHO NORMAL, OIDO IZQUIERDO CAIDA LEVE.

Espirometría:

Optometría: EMETROPE - NORMAL

Test Psicologico Alturas:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

INDUCCION AL CARGO, PAUSAS ACTIVAS, REALIZAR EJERCICIOS PROGRAMADOS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION ACORDE A LA LABOR, CONTROL A EXPOSICION DE RIESGOS, RUIDOS, QUIMICOS, VIBRACIONES Y HUMO DE TABACO, MANTENER UN BIENESTAR DE SALUD FISICA Y MENTAL. TENER CAPACITACION Y CERTIFICADO EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

BIO SALUD LABORAL S.A.S.
Aqui empieza su salud y seguridad laboral
Dr. Alirio Clavijo Guarnizo
Especialista Salud Ocupacional
RM: 06411 Lic S.O 675 SST

EL TRABAJADOR
CC No. 7723231

FIRMA Y REGISTRO MEDICO 6411
LIC. S.O 675 SST

Señor empleador: recuerde que la historia clínica ocupacional está sometida a reserva y su información es estrictamente confidencial. Art. 16 Resolución 2346 de 2007 del Ministerio de la Protección Social. La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocpacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo de acuerdo a las normas legales vigentes para la historia clínica. Art 17 Numeral 1 Resolución 1918 de 2009,

2-3

ARL | sura

6

Medellín, 19 de julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C7723231	MONTEALEGRE GRANADOS JAIR ALIRIO	22/07/2019		sg194m20	DEPENDIENTE

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 19/07/2019 16:15:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JAIR ALIRIO MONTEALEGRE GRANADOS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **7,723,231**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos | Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7723231
NOMBRES	JAIR ALIRIO
APELLIDOS	MONTEALEGRE GRANADOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOMEVA E.P.S. S.A.	CONTRIBUTIVO	01/02/2017	31/07/2019	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/19/2019 15:18:10	Estación de origen:	181.57.129.162

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

sta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al .narco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

SERVICIOS DE GESTIÓN
INTEGRADA S.A.S.

Resolución en SST 2289 de 2018
NIT: 900.477.525-7

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

NIVEL REENTRENAMIENTO - DURACIÒN DE 20 HORAS

MONTEALEGRE GRANADOS JAIR ALIRIO



Documento de identidad: C.C. 7.723.231

Fecha y lugar de capacitación: 2019-05-02 NEIVA

Fecha y lugar de expedición: 2019-05-02 NEIVA

No certificado: TSAR201910216

RH: O+

2.8

Este certificado es de propiedad personal e intransferible.

Para mayor seguridad verifique la información digitando el número de identificación de aprendíz en la pagina web www.alturasyanclajes.com

ORGANISMO CERTIFICADOR: ICONTEC INTERNACIONAL

NORMA: NTC 6072: 2014

CODIGO DE CERTIFICADO: CSS-CER621426

VALIDO EN TODO EL TERRITORIO COLOMBIANO

JONATHAN SARMIENTO R
C.C. 1 110.465.399
Entrenador TSA SENA

LINA TORRES VARGAS
Representante Legal

www.alturasyanclajes.com

2323
670

PRUNI: 200
C. MEMORIA.
671

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.018.453.472
SANCHEZ PINILLA

CARLOS ESTEBAN



11-JUN-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.66 O+ M
13-AGO-2010 BOGOTA D.C.

ASESORIAS Y SOLUCIONES VERTICALES S.A.S.

Nit.: 901.165.420-7 Licencia SST N° 4970 del 12 Abril de 2018

VERTICAL

Dando cumplimiento a la Resolución 1178 del Ministerio de Trabajo y Resolución 1409 del Ministerio de Trabajo

Confiere la presente certificación de capacitación y entrenamiento a

SANCHEZ PINILLA CARLOS ESTEBAN

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO 1018453472

Quien cursó y aprobó satisfactoriamente el programa de formación de Trabajo Seguro en Alturas

TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

Realizado desde el 13 hasta el 14 de Abril del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C. con una intensidad de 20 horas

La presente certificación se emite a los 17 días del mes de Abril del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C.
Consecutivo de registro N° PPG- 1018453472

VICTOR ALFONSO AGRAY PARRA.
Licencia S.O. N° 2921/14 Marzo 2013
Entrenador T.S.A.

CESAR CASAS DIAZ.
Asesorías y Soluciones Verticales S.A.S
Representante Legal

NTC 5512:2014
BUREAU VERITAS Certification
CO18 01581

Aprobación del Ministerio de Trabajo N.°
08SE2018220000000025374

La autenticidad de este documento puede ser validada en la pagina asverticalcursosdealturascda.com/ Calle 44 d sur 72-05
Tel.: 3144707507

ARL | sura

252

67

Medellín, 19 de julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRAS		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C101845347 2	SANCHEZ PINILLA CARLOS ESTEBAN	22/07/2019		253X1652	DEPENDIENTE

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 19/07/2019 15:48:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CARLOS ESTEBAN SANCHEZ PINILLA identificado(a) con C.C No. 1.018.453.472, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de julio del 2019.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos | Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1018453472
NOMBRES	CARLOS ESTEBAN
APELLIDOS	SANCHEZ PINILLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	20/11/2003	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/19/2019 15:19:31	Estación de origen:	181.57.129.162

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

235
LIEVANO
PRUNI.
68

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.213.473

TRUJILLO TOVAR

APELLIDOS

OSCAR HERNAN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1986

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-AGO-2004 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1900100-00753572-M-1075213473-20151006 0046784208A 1 7133389793

Medellín, 19 de julio de 2019

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 PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRAS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1075213473	TRUJILLO TOVAR OSCAR HERNAN	22/07/2019		z1231214	DEPENDIENTE

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 19/07/2019 16:12:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.162, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) OSCAR HERNAN TRUJILLO TOVAR identificado(a) con C.C No. 1.075.213.473, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de julio del 2019.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

684

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075213473
NOMBRES	OSCAR HERNAN
APELLIDOS	TRUJILLO TOVAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	CHIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL S.A.	CONTRIBUTIVO	01/11/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/19/2019 15:17:19	Estación de origen:	181.57.129.162

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

SERVICIOS DE GESTION
INTEGRADA S.A.S.
Resolución en SST 2289 de 2018
NIT: 900.477.525-7

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

NIVEL REENTRENAMIENTO - DURACIÒN DE 20 HORAS

TRUJILLO TOVAR OSCAR HERNAN



Documento de identidad: C.C. 1.075.213.473

Fecha y lugar de capacitación: 2019-05-03 NEIVA

Fecha y lugar de expedición: 2019-05-03 NEIVA

No certificado: TSAR201910217

RH: O+

Este certificado es de propiedad personal e intransferible.

Para mayor seguridad verifique la información digitando el número de identificación de aprendiz en la pagina web www.alturasyanclajes.com

ORGANISMO CERTIFICADOR: ICONTEC INTERNACIONAL

NORMA: NTC 6072: 2014

CODIGO DE CERTIFICADO: CSS-CER621426

VALIDO EN TODO EL TERRITORIO COLOMBIANO

JONATHAN SARMIENTO R
C.C. 1´110.465.399
Entrenador TSA SENA

LINA TORRES VARGAS
Representante Legal

www.alturasyanclajes.com

2.50
696

241

equidad
riesgos laborales

684

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA identificado(a) con CC número 1023933050 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	SERVICIOS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SOCIAL SAS		
N° Identificación:	900735574		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	25/07/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

miércoles, 24 de julio de 2019 a las 11:47 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00000461680000061089.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

IPS: UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA OLAYA

Sede / Orden: 35 / 00003002369922 | Fecha: 24/07/2019 | EMPRESA: DORANCE PERALTA NIT 3019591-6
Paciente:MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA | Identificación: 1.023.933.050 | Edad: 25Años | Sexo: M
Tipo de paciente: AMBULATORIO | Servicio: CONSULTA
Medico tratante:DRA ELIDANIA PEREZ DIAZ

CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

RESOLUCIONES 2346 de 2007 y 3673 de 2008 MPS

CIUDAD Y FECHA: BOGOTA,JULIO 24 DEL 2019
NOMBRE DEL TRABAJADOR: MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA Identificación: 1.023.933.050 Edad: 25Años Sexo: M
TIPO DE EXAMEN REALIZADO: periódico Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y espacios confinados.
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	NORMAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NORMAL
3. OXIMETRIA DE PULSO: O2 AMBIENTE	98%
4. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	NORMAL
5. HEMOCLASIFICACION	O+ (POSITIVO)
6. GLICEMIA	NORMAL
7. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
10. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	SIN ALTERACIONES

11. VARIABLES FISICAS	FRECUENCIA CARDIACA	84	PESO	60 Kg.	ESTATURA	1.75 CM	TENSION ARTERIAL	120/70 mmHg

ALTERACION	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	*PERMANENTE*
1. VISUAL	NINGUNA		
2. *CARDIOVASCULAR*	*NINGUNA*		

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

1. APTO SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS.	X
2. CONDICIONAL (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
3. RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
4. *APLAZADO*	

➢ Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

NIT No. 900843677-8

TLF 3014420886 EMAIL : jjcuellar@gmail .com

Dra. Elidania Pérez
MEDICINA GENERAL
p: 1275245 m: 59423

ELIDANIA PEREZ DIAZ MEDICO GENERAL RM: 59423	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C:	HUELLA INDICE DERECHO

IPS: UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA OLAYA

Sede / Orden: 35 / 00003002369922 | Fecha: 24/07/2019 | CONVENIO: DORANCE PERALTA NIT 3019591-6
Paciente: MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA | Identificación: 1.023.933.050 | Edad: 25 Años | Sexo: M

6BH

EXAMEN FISICO:
Paciente normolineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, refiere buen estado general, se siente bien y realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.

Mucosas: Normocoloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores FR: 18 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos Fc 84 x min. TA: 120/70 mmHg.

Abdomen: Plano, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no tumoración no viceromegalia.

***(SOMA):* Sin Alteraciones.**

SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

- ✓ **Rombert – Simple y Sensibilizado (Negativos)**
- ✓ **Estrella de Babinsky (Negativo)**
- ✓ **Porción Vestibular del VIII Par Craneal, sin alteraciones.**

***Impresión Diagnostica*: Paciente sano**

NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo. (INCLUYENDO ALTURAS.)

TELF: 3014420886 EMAIL jjcuellar@gmail.com NIT NRO 900843677-8

Dra. Elidania Perez
MEDICINA GENERAL
RM 59423

Dra. ELIDANIA PEREZ DIAZ FIRMA MEDICO GENERAL	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C:	HUELLA INDICE DERECHO

244

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO EPS, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I - DATOS DEL TRÁMITE (Las instrucciones para su diligenciamiento se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

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 [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Rubio	Segundo apellido: Vega	Primer nombre: Marcol	Segundo nombre: Esteban
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1023933050	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 26 05 1990

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M; Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
Equidad	Porvenir	828116

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Cra 15 # 47 - 58 Sur		3013195762	

Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento
Bta			Cmarca

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

DEPARTAMENTO MERCADEO RELACIONAL FLORESTA
24 JUL 2019
RECIBIDO

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número 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: F N M	Condición: T P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Seroiseguridad	NIT	900735674	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Trans 4 # 90d-16	6932721		Bta	Cmarca

245

691

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,023,933,050**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

243

692

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS S.A.S

NIT: 900.992.376-4

Dando cumplimiento a las resoluciones 1409 del 2012, 3368 del 2014, 1903 del 2013 NTC 6072 del 2014 y Resolución 1178 del 2017. Teniendo en cuenta que la empresa Certificados de Alturas y Servicios s.a.s cuenta con: Licencia en salud ocupacional No 0028 del 2017, Certificación NTC 6072 No CO18.01301 del 2018 expedida por BUREAU VERITAS COLOMBIA y debidamente registrada y aprobada por el Ministerio de Trabajo bajo el código COR08SE2018220000000025133.

CERTIFICA QUE:

MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA

Identificado(a) con CC: 1023933050

Asistió y aprobó la acción de formación y entrenamiento en el nivel REENTRENAMIENTO AVANZADOcon una intensidad horaria de 20horas.

Capacitación y entrenamiento realizados en la ciudad de Bogotá

El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el día 24 Y 25 DE JULIO DEL 2019

Código de Registro No CDV-2019-4171

Certificados de Alturas y Servicios s.a.s
Nit: 900.992.376-4
R.L: Dimas Salomón Quintero Chasqui
Certificación No CO18.01301 del 2018, LSO No 0028 del 2017

Milton Javier Pineros Rubiano
Cédula No 80.761.676
LSO No RES. 10076 del 2016
Entrenador para Trabajo Seguro en Alturas

La veracidad de este documento se puede establecer a través de los siguientes medios: www.certificadosdealturasyservicios.com, al Correo electrónico TRABAJOSEGUROENALTURAS.C@GMAIL.COM, Celular: 314 452 3262, teléfono fijo 906 9998; Con el código CDV-2019-4171 o el respectivo número de identificación CC 1023933050

643

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.301.207

OSORIO QUINTERO
APELLIDOS

BRAYAN STIVEN
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1998

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00813697-M-1026301207-20160413 0049326302A 1 46453497

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Control: 0 Bogotà, Agosto 01 de 2019 Hora: 11,14

DATOS GENERALES

No Identificación: 1026301207 **Paciente:** OSORIO QUINTERO BRAYAN STIVEN

Fecha Nacimiento: Enero 19 de 1998 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 21

Estado Civil: UNION LIBRE **No Hijos:** 1 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

Empresa: CONSORCIO PRUNI **Empresa Misión:**

EPS: SALUD TOTAL **Act.Económica:**

ARL: NO RECUERDA **AFP:** COLPENSIONES

Cargo a Ocupar: GUARDA DE SEGURIDAD

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometria: NORMAL

Visiometria: NORMAL

Psicometrico: NO APLICA

Espirometria: NO APLICA

Optometria: NO SE REALIZA

Otros: NO SE REALIZA

NO APLICA

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

Realizar actividad física, cultura de estilo de vida y hábitos saludables

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dra. Patricia Cuellar Alvarado PATRICIA CUELLAR ALVARADO T.P. 5495/2003		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 5495 DE 2003		NOMBRE: OSORIO QUINTERO BRAYAN STIVEN
LICENCIA: 12919 / 18-nov-2014		CEDULA: 1026301207

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos · Gobierno de Colombia

695

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **BRAYAN STIVEN OSORIO QUINTERO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1026301207,** se encuentra afiliado (a) desde **29/03/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de julio de 2019.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.033.808.431
GARZON OSPINA
APELLIDOS
OSCAR ORLANDO
NOMBRES

Oscar Garzon.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

19-JUL-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00888898-M-1033808431-20170310 0054202617A 1 9999234767

201

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Control: 0 Bogotà, Agosto 01 de 2019 Hora: 12,09

DATOS GENERALES

No Identificación: 1033808431 **Paciente:** GARZON OSPINA OSCAR ORLANDO

Fecha Nacimiento: Abril 09 de 1998 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 21

Estado Civil: UNION LIBRE **No Hijos:** 0 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: SECUNDARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

Empresa: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: OTRAS EPS **Act.Económica:**

ARL: NO RECUERDA **AFP:** NO RECUERDA

Cargo a Ocupar: GUARDA DE SEGURIDAD

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: NORMAL

Visiometría: NORMAL

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros: NO SE REALIZA

NO APLICA

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RECOMENDACIONES

Uso elementos protección personal indicados para la actividad

Pausas Activas para MMSS

Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

Realizar actividad física, cultura de estilo de vida y hábitos saludables

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dra. Patricia Cuellar Alvarado PATRICIA CUELLAR ALVARADO T.P. 5495/2003 NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		OSCAR GARZON FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 5495 DE 2003		NOMBRE: GARZON OSPINA OSCAR ORLANDO
LICENCIA S.O: 12919 / 18-nov-2014		CEDULA: 1033808431

698

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1033808431
NOMBRES	OSCAR ORLANDO
APELLIDOS	GARZON OSPINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD E.P.S.	SUBSIDIADO	05/11/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Que EPS afilie ?

Fecha de Impresión:	07/31/2019 15:08:19	Estación de origen:	181.57.129.162

Que Pensión ?

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA GRUPO CONSTRUCTOR UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA INFORME MENSUAL No. 1 28/06/2019 AL 28/07/2019

699

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL	FECHA AFILIACION ARL	EPS	AFP
IMPERSOLUCIONES LTDA	JUAN MANUEL GARCES YEPES	1.000.774.341	OFICIAL	SURA	22/07/2019	CRUZ BLANCA	PORVENIR
IMPERSOLUCIONES LTDA	JAIMES LANDINEZ ANDRES CAMILO	1.000.776.181	AYUDANTE	SURA	22/07/2019	NUEVA	PORVENIR
IMPERSOLUCIONES LTDA	KEVIN STEVEN OCAMPO MORENO	1.000.783.247	AYUDANTE	SURA	22/07/2019	CAPITAL SALUD	PORVENIR

ARL | sura

Medellín, 21 de Julio de 2019

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 IMPERSOLUCIONES LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000003 - RIESGO 5 TRABAJO CUBIERTAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1000774341	GARCES YEPES JUAN MANUEL	22/07/2019		218139F9	DEPENDIENTE
C1000776181	JAIMES LANDINEZ ANDRES CAMILO	22/07/2019		19315623	DEPENDIENTE
C1000783247	OCAMPO MORENO KEVIN STEVEN	22/07/2019		22637D23	DEPENDIENTE

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:C378393181920264227

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 21/07/2019 17:50:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.78.49, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

255

701

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JUAN MANUEL GARCES YEPES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,000,774,341**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

253

Cruz Blanca E.P.S.

NIT. 830.009.783-0
www.cruzblanca.com.co
CODIGO 023

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones que se encuentran previas antes de diligenciar este formulario

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: a) Cotizante o Cabeza de Familia [X] b) Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código	Fecha de Solicitud
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		D D M M A A A A

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: GARCES	Segundo apellido: YEPES	Primer nombre: JUAN	Segundo nombre: MANUEL

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1000717141	Masculino [X] Femenino [ ]	08 06 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Admin. de Riesgos Laborales - ARL
	Tipo F N M Condición T P			

16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base cotización IBC	18. Ubicación o Dirección de Residencia	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Barrio
PORVENIR	828116	CR 13E # 70D-18 SUR			OSME

Ciudad / Municipio	Departamento	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Código IPS
BOGOTA	BOGOTA		3142837977		

Página 1 de 2

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 documento de identidad	22. Sexo F	22. Sexo M	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. Apellidos y nombres completos de los beneficiarios	25. Tipo documento	26. Número de identidad	27. Sexo F	27. Sexo M	28. Fecha de nacimiento Día	Mes	Año	29. Parentesco	30. Estrato	31. Discapacidad Tipo	Condición
1											F N M	T P
2											F N M	T P
3											F N M	T P
4											F N M	T P

	32. Datos de residencia Ciudad /Mpio	Departamento	Zona R	Zona U	Teléfono Fijo	Teléfono celular	33. Valor UPC afiliado adic. (lo diligencia la EPS)	34. Nombre y Código de la IPS
1			[ ]	[ ]				
2			[ ]	[ ]				
3			[ ]	[ ]				
4			[ ]	[ ]				

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	36. Tipo de Identificación	37. Número de Identificación	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
IMPERSONALES	NIT	9010216167	2	

39. Ubicación o dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Ciudad /Municipio	Departamento	Correo electrónico
TV 69D # 3A-33	7069695		BOGOTA	BOGOTA	

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. Aquelización 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 la relación 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo F	Sexo M	Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

42. Fecha (apartir de)	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
22 07 2019			COMFENSAR

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 interrupción 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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.

Versión 2 - Agosto 2017

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Control: 1 Bogotà, Julio 22 de 2019 Hora: 7,42

DATOS GENERALES

No Identificación: 1000774341 **Paciente:** GARCES YEPES JUAN MANUEL

Fecha Nacimiento: Junio 08 de 1988 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 31

Estado Civil: UNION LIBRE **No Hijos:** 4 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: PRIMARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

Empresa: IMPERSOLUCIONES LTDA **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: CRUZ BLANCA **Act.Económica:**

ARL: NO RECUERDA **AFP:** PORVENIR

Cargo a Ocupar: OFICIAL

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: NORMAL

Visiometría: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros: NO SE REALIZA

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES
NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS ALBERTO CUENCA SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: GARCES YEPES JUAN MANUEL
LICENCIA S.O: RESOLUCION 753		CEDULA: 1000774341

ARL | sura

Medellín, 21 de Julio de 2019

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 IMPERSOLUCIONES LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000003 - RIESGO 5 TRABAJO CUBIERTAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1000774341	GARCES YEPES JUAN MANUEL	22/07/2019		218139F9	DEPENDIENTE
C1000776181	JAIMES LANDINEZ ANDRES CAMILO	22/07/2019		19315623	DEPENDIENTE
C1000783247	OCAMPO MORENO KEVIN STEVEN	22/07/2019		22637D23	DEPENDIENTE

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:C378393181920264227

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 21/07/2019 17:50:27

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

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

Dirección IP: 181.58.78.49, 172.16.42.57

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0

70



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Control: 0 Bogotà, Julio 23 de 2019 Hora: 7,37

DATOS GENERALES

No Identificación: 1000776181 **Paciente:** JAIMES LANDENES ANDRES CAMILO

Fecha Nacimiento: Abril 18 de 2001 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 18

Estado Civil: UNION LIBRE **No Hijos:** 1 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: SECUNDARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

Empresa: IMPERSOLUCIONES LTDA **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: NUEVA EPS **Act.Económica:**

ARL: SURA **AFP:** NO AFILIADO

Cargo a Ocupar: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: NORMAL

Visiometría: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros: NO SE REALIZA

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Servicios de Salud Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019		Camilo Jaimes
CARLOS ANDRES CUENCA SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: JAIMES LANDENES ANDRES CAMILO
LICENCIA S.O: RESOLUCION 753		CEDULA: 1000776181

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Sustantivo para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900 156.264-2

230

106

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] — CÓDIGO — FECHA DE LA SOLICITUD

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: SAIMES | SEGUNDO APELLIDO: CAPONEZ | PRIMER NOMBRE: ANDRES | SEGUNDO NOMBRE: CAMILO
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1000776181 | 9. SEXO: F [X] | 10. FECHA NACIMIENTO: 18 04 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. PUEBLOS INDÍGENAS: Código | 12. DISCAPACIDAD: Tipo | Condición | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 828116 | 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CR 19 D AF 70 H-31 | ZONA U [X] R [ ] | LOCALIDAD - COMUNA | BARRIO: BOLIVAR
CIUDAD / MUNICIPIO: BOGOTA | DEPARTAMENTO: BOGOTA | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3006745036 | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO IPS

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 | 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 22. SEXO | 23. FECHA NACIMIENTO | 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. SE	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	N. HIJO	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. AFILIADOS ADICIONALES (Los diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	ESTRATO SOCIOECONÓMICO
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: IMPERSONICIONES | 36. Tipo documento de identidad: NIT [X] | 37. Número documento de identidad: 900266672 | DV | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: TV 69D #3A-33 | BOGOTA | BOGOTA | 7019695
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 22 07 2019 | CARGO: AYUDANTE | SALARIO: 828116

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. PERMANENCIA DE LA PERSONA EN LA EPS [ ] Código
6. REINGRESO 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 VINCULACIÓN DE COTIZANTES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O REPORTE DE LAS EXPENSIONES PARA RELEVAR COTIZANTE [ ]
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 MUNICIPIO [ ]
b) OTRO MUNICIPIO [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. PÉRDIDA 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 | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de) | 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 [illegible] Declaro que conmigo convive [illegible] identificado(a) con [illegible] No. [illegible] desde el [illegible] de [illegible] del año [illegible]

46. Declaración de dependencia económica de los padres menores de edad [illegible] Declaro bajo la gravedad de juramento que [illegible] depende económicamente de mi, [illegible]
47. Declaración de la unión marital de hecho [illegible] Declaro bajo la gravedad de juramento que [illegible] y yo hemos convivido en unión marital de hecho [illegible]
48. Declaración de no convivencia de hijos menores o mayores [illegible] que impide la inclusión de los mismos en este grupo familiar. Afecta: Autoridad de la Unidad
49. Declaración de no convivencia de cónyuge, compañero(a) permanente [illegible] Declaro bajo la gravedad de juramento que no convivo con [illegible] desde [illegible]
50. Autorizo para que la EPS solicite y recopile datos y copias de historias clínicas del cotizante, cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información [illegible] de la afiliación [illegible] a las autoridades [illegible] y a las personas [illegible]
52. Autorización para que la EPS [illegible] de mis aportes [illegible] Declaro bajo la gravedad de juramento que [illegible] de acuerdo con la [illegible] de 2012 y el Decreto 1707 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe [illegible] al correo electrónico [illegible]

VIII. FIRMAS

55. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Andres Saimes
55. Firma y sello [illegible] persona responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. [illegible] de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Otro cual [ ] Total [ ]
57. [illegible]
58. [illegible]
59. [illegible]
60. [illegible]
61. [illegible]
62. [illegible]
63. [illegible]
64. [illegible]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

65. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBEN: Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerda 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.

- 2a. COPIA: AFILIADO -