REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
1.069.474.420

APELLIDOS / NOMBRES
CASTILLO PEREZ
MAURICIO MANUEL

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
02-AGO-1988
SAHAGUN - CORDOBA

FECHA DE EXPEDICIÓN
24-JUN-2008

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
SAHAGUN - SAHAGUN

OFICINA DE ENTREGA
SAHAGUN - SAHAGUN

Medellín, 02 de October de 2024

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 OROS ACEVEDO JOSE LUIS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1069474420	CASTILLO PEREZ MAURICIO MANUEL	03/10/2024		20212813	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/10/2024 14:53:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.89.38, 198.143.41.27, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

Versión 1.8 del 06 de diciembre 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN: X — B. REPORTE DE NOVEDADES:
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia: 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: — D.Independiente por prestación de servicios: — E. Cotización Solidaria:
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: 03/10/2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Castillo Cedula — SEGUNDO APELLIDO: Perez — PRIMER NOMBRE: Mauricio — SEGUNDO NOMBRE: Manuel
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1069474420 — 9. SEXO BIOLÓGICO: F: X
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F: X — T: — NB: — 10. FECHA NACIMIENTO: 02/08/1988 — LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia — 11. NACIONALIDAD: Colombia

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA — 13. ¿HOMOLOGADO? — 14. DISCAPACIDAD: SI: — NO: — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD — 15. CLASIFICACIÓN DEL SISBÉN — NIVEL — GRUPO — 16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 17. ARL: positiva — 18. AFP: porvenir
19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR — TIPO DE REFERENCIA ATURA: URBANA — RURAL — DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 32N 19-6 — COMPLEMENTO DIRECCIÓN
LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO — CIUDAD / MUNICIPIO: Sahagun — DEPARTAMENTO: Cordoba — ZONA — CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO FIJO: 8321347 — Ext. — CORREO ELECTRÓNICO: mauriciomanuelcastillo@gmail.com — 3183213614
IPS ODONTOLÓGICA — IPS OFTALMOLÓGICA: 10290

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 24. SEXO BIOLÓGICO: F: — M: — SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F: — M: — T: — NB:
IPS — VS ODONTOLÓGICA — 25. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO — PAÍS DE NACIMIENTO — 26. NACIONALIDAD

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	CABEZA DE FAMILIA	31. SEXO	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD	
1											
2											
3											
4											
5											

	36. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	SISBÉN: NIVEL	SISBÉN: GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1											
2											
3											
4											
5											

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTRAS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

39. Número o Razón Social: Jose Luis Oros Acevedo Cedula — 40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 41. Número documento de identidad: 1026275607 — DV — 42. Tipo de aportante o pagador pensiones: Dependiente
TIPO DE NOMENCLATURA: URBANA — RURAL — 43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Calle 26 BN 17-04 — COMPLEMENTO DIRECCIÓN — CIUDAD / MUNICIPIO: Jame — DEPARTAMENTO: Arauca
Joseoros18@hotmail.com — INDICATIVO — TELÉFONO FIJO — EXT — FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 03/10/2024 — CARGO: Obrero — OCUPACIÓN: Empleado — SALARIO: 1'300.000

III. NOVEDADES

44. 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 MIEMBROS NO 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) REGÍMENES — B) DEPENDIENTE MIEMBRO
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
19. CONTINUACIÓN SOLIDARIA
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO

IV. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
46. FECHA (a partir de): DÍA — MES — AÑO — 47. EPS ANTERIOR Código — 48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO — 49. 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 _____

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
52. Declaración de ausencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
53. Declaración de no interrelación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
54. 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.
55. 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.
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
57. Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporta la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 34. SEXO BIOLÓGICO: F: — M: — FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique: Mauricio Castillo
62. Apoderado o Representante legal de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: Jose Oros

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN — NS — RC — TI — CC — CE — SC — PA — CD — PE — AS — PT
Cantidad: — Total: 0
64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
66. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública [illegible] terminar la terminación
67. De la unión marital.
Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
68. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
69. Documento en que conste la petición de la madre adoptante o el certificado de defunción de los padres o la declaración acuerdo por el cotizante [illegible] de los dos padres.
70. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.5 del Decreto 780 de 2016
71. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
72. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en los que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos: 0

nueva eps

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

73. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio — Código del departamento
74. Datos del SISBÉN — SI: — NO: — Clasificación
75. Portabilidad artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016 — SI: — NO: — CÓDIGO:

03 OCT 2024

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

76. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — Segundo apellido — Segundo nombre — Número documento de identidad — 77. Firma del funcionario
78. Fecha de radicación: DÍA — MES — AÑO — 79. Fecha De Validación: DÍA — MES — AÑO

NOMBRE: LRB AGENTES
CLAVE ASESOR: 1221
REGIONAL: L A 26

OBSERVACIONES:
Solicitud de traslado de Mutual Ser

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, Mauricio Manuel Castillo Perez identificado (a) con Cedula. número 1069474420 Sahagun, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☑ No☐
2	¿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?	SÍ☑ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☑ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☑ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☑ No☐

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

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☑ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web: https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes, Evitando impresiones para ser amigable con el planeta. SÍ☑ No☐

Cordialmente,

Firma: Mauricio Castillo
Tipo ID: CC No. ID: 1069474420
Fecha de Solicitud: 03 10 2024
Dirección: Calle 32 N 19-6
Tel: 3183213610 Municipio Sahagun
Departamento: Cordoba

Huella obligatoria para usuarios que no sepan firmar y/o leer.

Huella

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

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

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

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

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

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

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

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

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

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

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato DÍA MES AÑO — Fin Contrato DÍA MES AÑO

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

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA DÍA MES AÑO
Agentes y Corredores	C1621		

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MAURICIO MANUEL CASTILLO PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.474.420**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Familiarmente nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro AÑO MM DD

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 1069474420
Lugar y fecha de expedición: 24/07/2008 SAHAGUN
Sexo: M [X] F [ ]
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: CASTILLO
Segundo apellido: PEREZ
Nombres: MAURICIO MANUEL
Fecha de Nacimiento: 1988 AÑO 08 MM 02 D
Teléfono: 3148547256
Dirección Residencia: CLL 34 N 9 16
BARRIO:
Correo Electrónico:
ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
CIUDAD: YOPAL
Fecha de Ingreso a la empresa: 2024 AÑO 10 MM 02 D
Horas labor mes:
CARGO: OBRERO
SUELDO BÁSICO: 1.300.000
Tipo de contrato: INDEFINDO
Administrar Recursos Públicos: SI [ ] NO [X]
Servidor Público: SI [ ] NO [X]
Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: SI [ ] NO [X]
Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ. | SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado	☐ Victima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)	☐ Desmovilizado o reinsertado	☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia	☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia	☐ En condición de discapacidad	☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante	☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado	☐ Ejercicio del trabajo sexual	■ No aplica

Pertenencia étnica

☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indigena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
Teléfono: 3212145252
NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición:
Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro:
Tipo y número de identificación: C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ]
DOCUMENTO PENDIENTE:
EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA:
CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A):
SUELDO BÁSICO:
En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, MAURICIO MANUEL CASTILLO PEREZ, Identificado con cédula de ciudadanía No. 1069474420 expedida en SAHAGUN, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Mauricio Castillo
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Mauricio Castillo
Firma del trabajador(a)
C.C, T.I, R.C o C.E, No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

Familiarmente nuestra ComfaCasanare Caja de Compensación Familiar de Casanare
Comfacasanare
Aportes y Pagos
05 OCT 2024
La información de este formato está sujeta a verificación
RECIBIDO AFILIACIONES

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS



FECHA DE EXAMEN 03/10/2024 7.00 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	HELP OCUPACIONAL SAS	**Nit:**	900479126
Dirección:	CRA. 18A No.53-50 CS 101	**e-mail:**	certificadoshelpocupacional@gmail.com
Teléfonos:	(571) 631 5344 - 314 2601669 – 314 2601616	**Sede:**	BOGOTA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	MAURICIO MANUEL			**Apellidos**	CASTILLO PEREZ				
Identificación	CC	1069474420	**Edad**	36 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguíneo**		A +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	SAHAGUN CORDOBA			**Fecha de nacimiento**		02/08/1988	**Estrato**	2
Estado civil	Unión libre	**Escolaridad**	Primaria		**Teléfonos**	3008355135			
Departamento	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.		**Dirección**	CALLE 28 43 B 6			
EPS	NUEVA E.P.S								
ARL	COMPAÑÍA SURAMERICANA			**Fondo de Pensiones**	NO REFIERE				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	OROS ACEVEDO JOSE LUIS	**EMPRESA USUARIA**	NO APLICA
CARGO	OFICIAL		
FECHA DE INGRESO		**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN AUDIOMETRIA	EXAMEN VISIOMETRIA	GLICEMIA BASAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS	PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL-HDL-LDL-TRIGLICERIDOS)	

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
OBSERVACIONES	NO PRESENTA SINTOMAS, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS PARA SARSCOV2-COVID19 EN EL MOMENTO DEL EXAMEN
RECOMENDACIONES	CONTROL MEDICO RUTINA POR E.P.S

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)

OCUPACIONALES

Uso de EPP	Pausas activas

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



MAYRA ESMERALDA RAMOS HERNANDEZ
C.C 1032358700 RM: 7122-2013
Firma y sello del Médico Evaluador



MAURICIO MANUEL CASTILLO PEREZ
C.C 1069474420
Firma del trabajador Evaluado