ARL | sura

Medellín, 24 de April de 2025

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 MISIÓN PLUS S.A.S..

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:	0000EDU001 SECRETARIA EDUCACION		Clase: 3	Porcentaje Cotización:	2.436 %	
C9863032	GOMEZ SANCHEZ JHONATAN	25/04/2025		17312732	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 24/04/2025 16:35:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.0.45.245, 198.143.41.47, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	25/04/2025

I. Datos del tramite

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación [X]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]
B. Reporte de Novedad [ ]	- Beneficiario o Afiliado Adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [ ]
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(lo registra por la EPS)

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres		
GOMEZ	SANCHEZ	JHONATAN

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	9863032	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál [ ]

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento					15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento		Municipio		
COL	COLOMBIA	RISARALDA		PEREIRA		11/02/1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
		Si [ ] No [ ]	Categoría de la discapacidad:

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de Población Especial
Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SURA	PROTECCION	1480000	

26. Residencia				
MZ 19 CASA 11 CIUDAD BOQUIA		3146603236	jfgomez1185@gmail.com	
RISARALDA	PEREIRA	PARQUE INDUSTRIAL	Zona: Cabecera municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál [ ]	

33. Lugar de nacimiento					34. Fecha de nacimiento
País		Departamento		Municipio	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y Nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

	36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo Identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Departamento	Municipio	
B1															(lo registra por la EPS)
B2															(lo registra por la EPS)
B3															(lo registra por la EPS)
B4															(lo registra por la EPS)
B5															(lo registra por la EPS)

Datos Complementarios del beneficiario

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

51. Datos de Residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional
			Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural		(lo registra por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones
MISION PLUS S.A.S	NIT	900879619-6	(lo registra por la EPS)

59. Ubicación			
CR 7 # 19 -28 OFC 304	recursoshumanos.misionplus@gmail.com	RISARALDA	PEREIRA

	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código: FT-GEC-AF-010 Versión: 1 Fecha de actualización: 26/12/2024

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	D	D	M	M	A	A	A	A	Código Asesor		Sucursal		Ciudad/Municipio	

Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar

Fecha de Ingreso a la EPS anterior	D	D	M	M	A	A	A	A	Fecha de retiro a la EPS anterior	D	D	M	M	A	A	A	A

Información de Beneficiarios y Adicionales

	Beneficiario Adicional	Fecha de Afiliación al Sistema			Entidad promotora de Salud EPS Anterior	Código de EPS Anterior	Fecha de ingreso a EPS anterior			Fecha de retiro a EPS Anterior			Corre Electrónico	Puntaje Sisbén
		AAAA	MM	DD			AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI _____ NO_____

Correo Electrónico:

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o electrónico.

	SI	NO
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?		
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?		
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?		
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?		
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?		

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, clara, expresa e informada para dar y/o continuar dando tratamiento a la información relacionada con mis datos personales y los de mis beneficiarios (en caso de afiliaciones PBS). Esta información existe en la base de datos de la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA, quien actúa como responsable del tratamiento de mis datos con la debida confidencialidad, seguridad, legalidad y transparencia en los términos y condiciones señalados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en armonía con su política de tratamiento de datos personales. La información, datos personales, datos privados, datos sensibles y datos públicos suministrados a EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A podrán ser recolectados, almacenados, procesados, usados, suprimidos, actualizados y transmitidos mediante los canales de comunicación previstos por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A (Físicos, digitales, medios magnéticos, aplicativos tecnológicos y otros) para las siguientes finalidades: a) Aseguramiento del riesgo en salud que incorpora la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o tratamiento paliativo de las situaciones de salud que se presenten. b) El suministro y transmisión de información relacionada con el aseguramiento de los riesgos en salud a la red prestadora de servicios de salud (IPS) definida por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A c) Generar mecanismos de comunicación a través de los diferentes canales que dispone la entidad, para mi acceso a los programas de educación, información y recordación tendientes a contribuir a restablecer y mantener mi condición de bienestar en salud, en conjunto con las IPS. d) Envío de información comercial relacionada con nuevos productos de salud ofrecidos como asegurador. e) Invitaciones a participación de eventos en salud, programas de promoción y prevención. f) Encuestas de satisfacción del servicio; encuestas de nuevos productos. g) Envío de publicaciones y folletos para programas y campañas de salud u ofertas comerciales en salud mediante correo electrónico, físico o mensajes de texto.
h) Realización de actualización de datos. Los datos sensibles que serán tratados por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A corresponden a datos de salud.
De acuerdo al Artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, usted tiene los siguientes derechos: 1) Conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados,
2) Solicitar prueba de autorización, conocer los usos que se han hecho de la información suministrada, cuando así lo solicite el titular, 3) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato suministrado cuando en el tratamiento realizado no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales a favor del titular o en el momento que lo desee, 4) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento, 5) Consultar la Política de Tratamiento de Datos personales a través de la página web www.sos.com.co El titular de la información suministrada podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica defensor del usuario@sos.com.co o protección de datos@sos.com.co o a la línea telefónica 018000938777.
La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, voluntaria y es verídica. Así mismo, expresó que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante Jhonatan Gómez Sánchez
C.C. N° 9863032

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____ identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante C.C N°: Jhonatan Gómez Sánchez 9863032	Firma del Compañero(a) C.C N°:

{fiduprevisora)

FOMAG

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) JHONATAN GOMEZ SANCHEZ identificado(a) con Cedula ciudadania N° 9863032 su fecha de afiliación es del 14-04-2025, Afiliado al municipio de PEREIRA y registra en estado Retirado como BENEFICIARIO en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FOMAG, con IPS primaria QUIROFANO CASALUD SAS municipio de PEREIRA.

Información del Cotizante

Tipo Identificacion	Numero Identificación	Nombres	Parentesco	Estado Actual	Tipo de Afiliación
Cedula ciudadania	1088315516	ANDREA VELEZ FORERO	NO APLICA	Activo	COTIZANTE

Es importante indicar que por ser régimen especial los servicios de salud, Riesgos Laborales y la afiliación de pensión están a cargo del Fondo de Prestaciones del Magisterio, generando la claridad, que Fiduprevisora no es una ARL, sino una Fiduciaria que, en contrato con el Magisterio, genera la contratación de terceros para cumplir con las Actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo de los docentes afiliados al Magisterio."

Dada la solicitud, 25 de abril del 2025

Cordialmente,

Coordinadora de Gestión de información y afiliaciones de docentes, pensionados y beneficiarios
Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

Nota: La información referente a los periodos compensados debe solicitarlo directamente a la Secretaría de Educación, ya que es competencia de los entes territoriales suministrar la información relacionada con la historia laboral como docente y la certificación del tiempo cotizado y los aportes efectuados al Fondo

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) JHONATAN GOMEZ SANCHEZ , identificado(a) con CC 9863032 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 18/08/2008 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: RETIRADO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año:

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	Número ID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	9863032	JHONATAN GOMEZ SANCHEZ	NI	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	2024/05	30
CC	9863032	JHONATAN GOMEZ SANCHEZ	NI	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	2024/06	30
CC	9863032	JHONATAN GOMEZ SANCHEZ	NI	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	2024/07	30
CC	9863032	JHONATAN GOMEZ SANCHEZ	NI	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	2024/08	30
CC	9863032	JHONATAN GOMEZ SANCHEZ	NI	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	2024/09	30
CC	9863032	JHONATAN GOMEZ SANCHEZ	NI	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	2024/10	30
CC	9863032	JHONATAN GOMEZ SANCHEZ	CC	9863032	JHONATAN GOMEZ SANCHEZ	2024/11	9
CC	9863032	JHONATAN GOMEZ SANCHEZ	CC	9863032	JHONATAN GOMEZ SANCHEZ	2024/12	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los VEINTICUATRO (24) días del mes de ABRIL del año 2025

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A. "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

canales_webusr

CD3 5557391 Abr 24 2025 9:44AM

FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO
FORMATO UNICO PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICADO DE HISTORIA LABORAL
DECRETO 2831 DE AGOSTO 16 DE 2005
CONSECUTIVO NO. 0

HOJA No. 1

I. DATOS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION

NOMBRE SECRETARIA: DEPARTAMENTO DE RISARALDA

NIT ENTIDAD NOMINADORA: 891480085-7

DEPARTAMENTO: RISARALDA

II. DATOS PERSONALES DEL DOCENTE

1 Primer Apellido: GOMEZ

Segundo Apellido: SANCHEZ

Primer Nombre: JHONATAN

Segundo Nombre:

2 Tipo de Documento: CC [X] CE [ ]

Número de Documento: 9863032

GRADO DE ESCALAFON: 2A

NOMBRE DEL ÚLTIMO ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: SP NTRA SRA DEL ROSARIO

III. SITUACION LABORAL

1 REGIMEN DE CESANTIAS: Anual [X] Retroactivo [ ]

2 REGIMEN DE PENSIONES: Nacional [X] Nacionalizado [ ] Vigencia 812/2003 [ ]

3 CARGO: Docente [X] Directivo Docente [ ] Cual?

4 NIVEL: Preescolar [ ] Primaria [ ] Básica Secundaria [X]

5 ACTIVO: SI [ ] NO [X]

6 TIPO DE NOMBRAMIENTO: Periodo de Prueba [ ] Propiedad [ ] Provisionalidad [X] Otro [ ] Cual?

IV. HISTORIA LABORAL

INGRESO

Tipo Acto Administrativo	Decreto	**Fecha Acto Administrativo**	11/04/2016
Fecha Posesión	14/04/2016	**Numero Acto Administrativo**	0441

RETIRO

Tipo Acto Administrativo	Decreto	**Fecha Acto Administrativo**	16/05/2016	**Numero Acto Administrativo**	0605
Fecha Retiro	10/06/2016	**Causa Retiro**	Terminacion Provisionalidad		

	NOVEDADES		TIPO DE A.A	Nro. de A.A	FECHA A.A d m y	DESDE d m y
1	Tipo de Novedad	Ing. y Reing.	Decreto	0441	11/04/2016	14/04/2016
	Plantel Educativo	SP NTRA SRA DEL ROSARIO				
	Municipio	Belen De Umbria (Ris)				

Elaboro: ANGELA G. Reviso: Aprobo:

FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO
FORMATO UNICO PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICADO DE HISTORIA LABORAL
DECRETO 2831 DE AGOSTO 16 DE 2005
CONSECUTIVO NO. 0

I. DATOS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION

NOMBRE SECRETARIA: DEPARTAMENTO DE RISARALDA

NIT ENTIDAD NOMINADORA: 891480085-7

DEPARTAMENTO: RISARALDA

II. DATOS PERSONALES DEL DOCENTE

1 Primer Apellido: GOMEZ

Segundo Apellido: SANCHEZ

Primer Nombre: JHONATAN

Segundo Nombre:

2 Tipo de Documento: CC [X] CE [ ]

Número de Documento: 9863032

GRADO DE ESCALAFON: 2A

NOMBRE DEL ÚLTIMO ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: CENT EDUC NTRA SRA DE LA CEIBA

III. SITUACION LABORAL

1 REGIMEN DE CESANTIAS: Anual [X] Retroactivo [ ]

2 REGIMEN DE PENSIONES: Nacional [X] Nacionalizado [ ] Vigencia 812/2003 [ ]

3 CARGO: Docente [X] Directivo Docente [ ] Cual? [ ]

4 NIVEL: Preescolar [ ] Primaria [ ] Básica Secundaria [X]

5 ACTIVO: SI [ ] NO [X]

6 TIPO DE NOMBRAMIENTO: Periodo de Prueba [ ] Propiedad [ ] Provisionalidad [X] Otro [ ] Cual? [ ]

IV. HISTORIA LABORAL

INGRESO

Tipo Acto Administrativo	Decreto	**Fecha Acto Administrativo**	14/07/2016
Fecha Posesión	19/07/2016	**Numero Acto Administrativo**	0898

RETIRO

Tipo Acto Administrativo	Decreto	**Fecha Acto Administrativo**	14/07/2016	**Numero Acto Administrativo**	0898
Fecha Retiro	30/09/2016	**Causa Retiro**	Terminacion Provisionalidad		

NOVEDADES			TIPO DE A.A	Nro. de A.A	FECHA A.A d m y	DESDE d m y
1	Tipo de Novedad	Ing. y Reing.	Decreto	0898	14/07/2016	19/07/2016
	Plantel Educativo	CENT EDUC NTRA SRA DE LA CEIBA				
	Municipio	Quinchia (Ris)				

Elaboro: ANGELA G. Reviso: Aprobo:

FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO
FORMATO UNICO PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICADO DE HISTORIA LABORAL
DECRETO 2831 DE AGOSTO 16 DE 2005
CONSECUTIVO NO. 0

I. DATOS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION

NOMBRE SECRETARIA: DEPARTAMENTO DE RISARALDA

NIT ENTIDAD NOMINADORA: 891480085-7

DEPARTAMENTO: RISARALDA

II. DATOS PERSONALES DEL DOCENTE

1 Primer Apellido: GOMEZ

Segundo Apellido: SANCHEZ

Primer Nombre: JHONATAN

Segundo Nombre:

2 Tipo de Documento: CC [X] CE [ ]

Número de Documento: 9863032

GRADO DE ESCALAFON: 2A

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO ACTUAL: CENT EDUC SANTA CECILIA

III. SITUACION LABORAL

1 REGIMEN DE CESANTIAS: Anual [X] Retroactivo [ ]

2 REGIMEN DE PENSIONES: Nacional [X] Nacionalizado [ ] Vigencia 812/2003 [ ]

3 CARGO: Docente [X] Directivo Docente [ ] Cual? [ ]

4 NIVEL: Preescolar [ ] Primaria [X] Básica Secundaria [ ]

5 ACTIVO: SI [X] NO [ ]

6 TIPO DE NOMBRAMIENTO: Periodo de Prueba [ ] Propiedad [ ] Provisionalidad [X] Otro [ ] Cual? [ ]

IV. HISTORIA LABORAL

INGRESO

Tipo Acto Administrativo	Decreto	**Fecha Acto Administrativo**	15/03/2017
Fecha Posesión	21/03/2017	**Numero Acto Administrativo**	0309

	NOVEDADES		TIPO DE A.A	Nro. de A.A	FECHA A.A			DESDE		
					d	m	y	d	m	y
1	Tipo de Novedad	Ing. y Reing.	Decreto	0309	15/03/2017			21/03/2017		
	Plantel Educativo	LA LINDA								
	Municipio	Santuario (Ris)								

Elaboro: ANGELA G. Reviso: Aprobo:

Fondo Prestacional del Magisterio	21/03/2017	

VII. OBSERVACIONES

VIII. DATOS DE QUIEN CERTIFICA

Nombre Completo

CLAUDIA PATRICIA MARTINEZ MONROY

Tipo de Documento CC [X] CE [ ] Numero de Documento 42102274

Cargo

Director(a) Administrativo(a)

20/12/2023

FECHA EXPEDICIÓN

FIRMA DEL FUNCIONARIO QUIEN CERTIFICA



Elaboro: ANGELA G. Reviso: Aprobo:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ SANCHEZ JHONATAN** identificado(a) con **CC** número **9.863.032** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de febrero de 2004 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

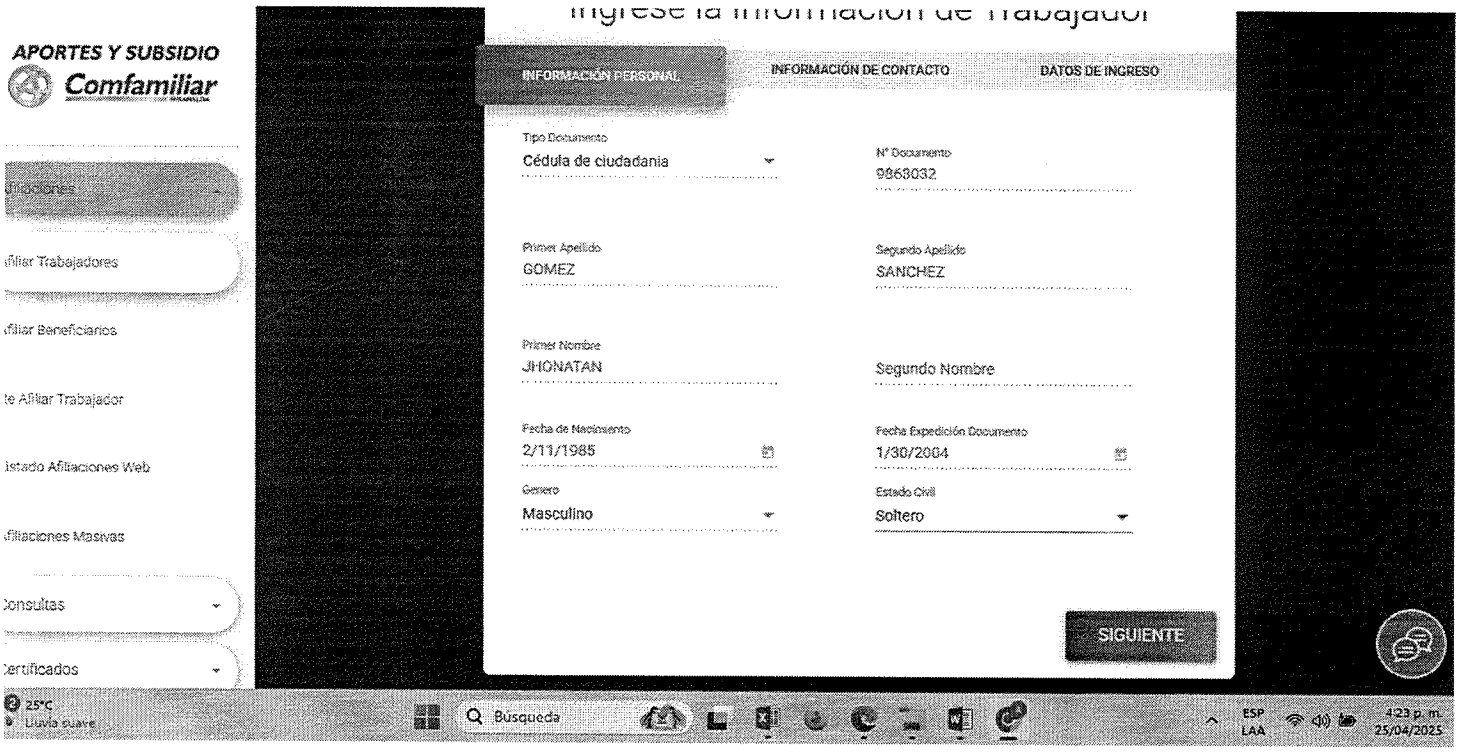
Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 24 de abril de 2025.

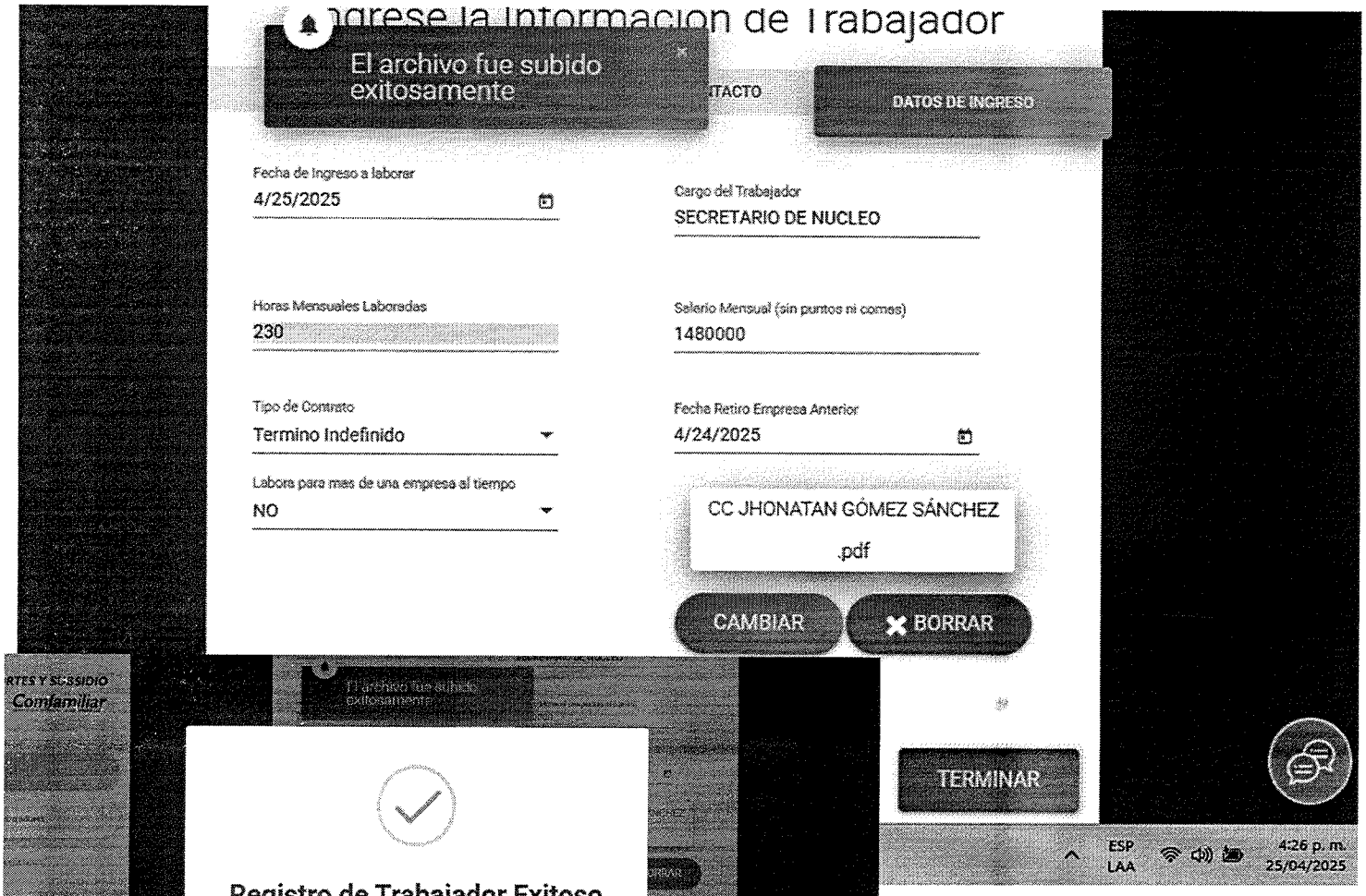
Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
y en el resto del país desde un teléfono fijo **01 8000 52 8000.**


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
Afiliaciones
Afiliar Trabajadores
Afiliar Beneficiarios
te Afiliar Trabajador
Estado Afiliaciones Web
Afiliaciones Masivas
Consultas
Certificados
Ingrese la información de Trabajador
INFORMACIÓN PERSONAL
INFORMACIÓN DE CONTACTO
DATOS DE INGRESO
Tipo Documento
Cédula de ciudadania
N° Documento
9863032
Primer Apellido
GOMEZ
Segundo Apellido
SANCHEZ
Primer Nombre
JHONATAN
Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento
2/11/1985
Fecha Expedición Documento
1/30/2004
Genero
Masculino
Estado Civil
Soltero
SIGUIENTE
25°C
Lluvia suave
Búsqueda
ESP
LAA
4:23 p. m.
25/04/2025


Ingrese la Información de Trabajador
El archivo fue subido exitosamente
DATOS DE INGRESO
Fecha de Ingreso a laborar
4/25/2025
Cargo del Trabajador
SECRETARIO DE NUCLEO
Horas Mensuales Laboradas
230
Salario Mensual (sin puntos ni comas)
1480000
Tipo de Contrato
Termino Indefinido
Fecha Retiro Empresa Anterior
4/24/2025
Labora para mas de una empresa al tiempo
NO
CC JHONATAN GÓMEZ SÁNCHEZ
.pdf
CAMBIAR
BORRAR
TERMINAR
Registro de Trabajador Exitoso
Desea registrar sus personas a cargo?
NO
© 2025, todos los derechos reservados Comfamiliar Risaralda
ESP
LAA
4:26 p. m.
25/04/2025

MISIÓN PLUS
SERVICIOS TEMPORALES

FORMATO RELACIÓN N UCLEO FAMILIAR PARA AFILIACION A EPS Y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

La información aquí consignada es de carácter informativo y no garantiza la afiliación de sus beneficiarios, dicha afiliación se realizará de manera eficaz con la información entregada por usted como trabajador y los soportes de sus beneficiarios.

NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA NACIMIENTO			VIVE CON USTED		AFILIAR A EPS		AFILIAR A CAJA		PARENTESCO
		DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Matias Gomez Velez		25	11	2019	/				/		Padre

Padre no Afiliado

Recuerde que solo puede afiliar su núcleo familiar primario

Declaro que en el momento de la contratación se me ha informado claramente, acerca de los requisitos y documentación necesaria para la afiliación de mi núcleo familiar en **EPS Y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**, queda bajo mi entera responsabilidad la inclusión de mis beneficiarios para servicios de salud y beneficios de caja de compensación, hasta la entrega de los documentos o radicación directa en cada una de estas entidades.

	DOCUMENTOS A PRESENTAR	EPS	CAJA
HIJOS / HIJASTROS	Registro civil de nacimiento legible (para hijos de 0 a 6 años de edad)	SI	SI
	Tarjeta de identidad y Registro civil de nacimiento legible (para hijos de 7 a 11 años de edad)	SI	SI
	Tarjeta de identidad, Registro civil de nacimiento y Certificado de Estudio Actualizado (para hijos de 12 hasta 18 años de edad.)	SI	SI
	Certificado de Discapacidad emitido por ministerio de salud o certificado médico EPS donde conste la discapacidad física, registro civil de nacimiento, tarjeta de identidad ò cedula para hijos mayores de 18 años (nota: para hijos con discapacidad no tienen límite de edad en caja de compensación y reciben doble subsidio.)	SI	SI
	Custodia legalmente por entidad competente ICBF, comisaria de familia, juzgado de familia etc., dada a la madre o padre biológico aportante cónyuge o trabajador (solo para adopción e hijastros).	NO	SI
CONYUGUE COMPAÑERO	Copia cedula legible de ciudadanía del cónyuge 150% (para casados y en unión libre)	SI	SI
	Registro civil de Matrimonio legible, no es válido el acta parroquial (para casados)	SI	SI
	Carta de declaración juramentada de convivencia o acta de conciliación declaración extra juicio firmada por los dos y autenticado por notaria. (para unión libre)	SI	SI
	Formulario diligenciado declaración juramentada de Comfamiliar Risaralda. (para unión libre)	NO	SI
PADRES	Registro civil de nacimiento legible del trabajador legible para confirmar parentesco (para padres)	SI	SI
	Copia de cedula legible de padres al 150% (para padres)	SI	SI
	Certificado de afiliación de EPS como beneficiario en la misma EPS del trabajador ò si son régimen subsidiado, no es válido el ADRES. (para padres)	NO	SI

Firma: Jhonatan Gomez Sanchez
Nombre: Jhonatan Gomez Sanchez
Cedula: 98620232
Estado Civil: Casado.
¿Usted tiene hijos? Marque con x SI ✓ NO ___

Chats

JHONA

Todos No leídos Favoritos

Grupos Etiquetas

CHATS

Jhonatan Gomez Sa 1:33 p.m.
Con gusto

Jhonatan Narvaez I 14/4/2025
amen igualmente Archivado

Jhonatan Augusto 17/3/2025
Si ya me ayudaste te agradezc...

CONTACTOS

C Jhonatan Hern

Didier Jhonatan Vasquez A:

Jhonatan Correa R7

JHONATAN DIAZ OSPINA /
Disponible

JHONATAN PACHON AYUD
.

Jhonatan Sanpedro
¡Hola! Estoy usando WhatsApp.

Jhonatan Gomez Sanche

CONTRATO LAE AYER HONATAN DIAZ.pdf
6 páginas • PDF • 171 kB

CONTRATO LABORAL JHONATAN DIAZ.pdf
4:21 p.m.

Reenviado
8 de la mañana 5:57 p.m.

Reenviado
Alcaldía piso 8 5:57 p.m.

Reenviado
Oficina Historias laborales 5:57 p.m.

Preguntar por Rada 5:57 p.m.

Muchas gracias 5:59 p.m.

HOY

Buenas tardes Sr. Jhonatan, espero se encuentre muy bien, usted por favor seria tan amable de confirmarnos por este medio a que EPS desea ser afiliado para iniciar el tramite y tambien por favor me dejas por escrito el que ya no desea que afiliemos a su hijo a caja de compensación comfamiliar,Quedo atenta muchas gracias 1:23 p.m.

Buena tarde, claro que sí, a la S.O.S. Muchas gracias 1:26 p.m.

No lo voy afiliar a la caja de compensación, ya esta afiliado por parte de mi esposa 1:29 p.m.

perfecto, confirmo recibido,muchisimas gracias 1:30 p.m.

Con gusto 1:33 p.m.

Escribe un mensaje

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.
NIT : 900827895-1 - SEDE PRINCIPAL
LSST No. 463-15, Habilitación No. 6600102626

Calle 23 # 6-17, Pereira - Risaralda
Teléfono : 315 4973648
info@sysseguridadysaludeneltrabajo.com
www.sysseguridadysaludeneltrabajo.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2025-04-24	PEREIRA (Risaralda)	Pre-Ingreso, Osteomuscular	**1337526**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
JHONATAN GOMEZ SANCHEZ	CC 9863032	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1985-02-11	40 años	O+	75 kilogramos	166 centimetros	27.22

Dirección Residencia	Teléfonos
MZ 19 CS 11 CIUDAD BOQUIA BRR PARQUE INDUSTRIAL	3146603236

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
SUPERNUMERARIO/A	NIT 900879619-6 MISION PLUS S.A.S	SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACION

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario



Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2025-04-24. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes complementarios no realizados.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.
Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico.

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista
EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Registro No.: 1324
LSST.: LPSST 0005-21

Firma del Usuario
JHONATAN GOMEZ SANCHEZ
CC.: 9863032

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/y4d7pkj5-nr5w-ulk2-qjs2-yaq920m318we
Fecha Impresión: 2025-04-24 09:18:48 493497

RECOMENDACIONES MÉDICAS PARA EL USUARIO

Fecha Emisión	Realizado en			Tipo Evaluación - Énfasis		Orden Servicio No.
2025-04-24	PEREIRA (Risaralda)			Pre-Ingreso, Osteomuscular		**1337526**
Nombres y Apellidos				Identificación		Sexo
JHONATAN GOMEZ SANCHEZ				CC 9863032		Masculino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla		Índice Masa Corporal
1985-02-11	40 años	O+	75 kilogramos	166 centimetros		27.22
EPS		ARL		AFP		
SOS		- No Recuerda -		Protección		
Cargo a desempeñar		Empresa			Empresa Usuaria	
SUPERNUMERARIO/A		NIT 900879619-6 MISION PLUS S.A.S			SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACION	

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario



Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2025-04-24, el médico especialista EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES LABORALES PARA EL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiene Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.

Otras Recomendaciones: VACUNARSE CONTRA FIEBRE AMARILLA

La empresa **MISION PLUS S.A.S** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Emitido por	Entregado por	Recibido por
EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA	**MISION PLUS S.A.S**	**JHONATAN GOMEZ SANCHEZ**
Registro No.: 1324		CC.: 9863032
LSST: LPSST 0005-21		Fecha de recibido: