ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
EDUCACIÓN
Secretaría de Educación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

Bogotá D.C, 19 de Enero de 2024

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTE

El abajo aquí firmante identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto que autorizo de manera libre, expresa, inequívocamente, y de forma exclusiva para los fines señalados en los términos de la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Secretaría de Educación del Distrito con NIT. 899.999.061-9, a consultar los datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y, de llegarse a formalizar, manifiesto que la Entidad podrá cada cuatro (4) meses realizar la misma consulta, esto es a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

AUTORIZA,

Robinson A Paez S

NOMBRE PROFESIONAL

CC 1.092.386.581

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
JAIME HERRERA OSORIO

REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO INGENIERÍA I

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 00:53:54 horas del 19/01/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1092386581,** Apellidos y Nombres **PAEZ SANABRIA ROBINSON ALEJANDRO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT **901401153-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

MEDIPLUS

DR. ALVARO ANDRES CARREÑO VELAZCO
MEDICO GENERAL, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 0658 DE 2017

MEDIPLUS MEDIPLUS MEDIPLUS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	2024-01-18	BOGOTÁ	**EXAMEN:**	INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA			
NOMBRE DEL PACIENTE:	PAEZ SANABRIA ROBINSON ALEJANDRO						
IDENTIFICACION:	CC 1092386581	**RH:**	O+	**EDAD:**	32,9	**GENERO:**	M
FECHA DE NACIMIENTO:	1991-03-16	**TELEFONO DE CONTACTO:**	3203488189				

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	**NIT**	901401153-8
ESCOLARIDAD:	PRIMARIA	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	AYUDANTE

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	X
Osteomuscular	X	Espirometría	X

Exámenes de laboratorio:

Glicemia	Triglicéridos	Colesterol	Otros:
X	X	X	X

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar: NINGUNA

Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolución 4272: SI X

Apto para laborar en Espacios Confinados: SI X NO N/A

Apto para el cargo SI X NO N/A

OBSERVACIONES

Capacitación y certificación para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

* Realizar control por optometría en su EPS.
* Realizar pausas activas.
* Estilos de vida saludable
* Evitar posturas prolongadas. Ejercicio físico.
* Uso de protección auditiva.
* Realizar valoración por nutrición en su EPS.

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos síntomas relacionados con el síndrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como población en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2020

PROFESIONAL	PACIENTE	
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. de Buenos Aires Arg. EAN Y FUA RM: 1[illegible]	**FIRMA:** Robinson A Paez S **NOMBRE:** PAEZ SANABRIA ROBINSON ALEJANDRO **DOCUMENTO:** CC 1092386581	HUELLA
FIRMA Y SELLO **NOMBRE DEL MEDICO: DR. ALVARO ANDRES CARREÑO VELAZCO**		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **79.375.332**
PAEZ FONSECA
APELLIDOS
ALVARO
NOMBRES

Alvaro Paez Fonseca
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-FEB-1965**
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-ENE-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2500100-01107358-M-0079375332-20191101 **00686**48902A 1 7605687927

Eps Sanitas
Fondo pensiones protección
alvaropaez6502@Gmail.com
Adriana Sanabria 3203488189

Carrera 53 c # 4F 52

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79375332
Nombre:	ALVARO PAEZ FONSECA
Fecha Ingreso:	19/01/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/1/2024 6:41:43 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

174198577

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ( ) B. Reporte de Novedades (X)

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia (X) B. Colectiva ( ) D. De Oficio ( ) - Beneficiario o Afiliado adicional ( ) C. Institucional ( )

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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PAEZ	FONSECA	ALVARO	

7. Tipo de documento de identidad: CN ( ) TI ( ) CE ( ) CD ( ) RC ( ) CC (X) PA ( ) SC ( )

8. Número del documento de identidad: 79.375.332

9. Sexo: Femenino ( ) Masculino (X)

10. Fecha de nacimiento: 01 02 1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo F (X) M ( ) Condición T ( ) P ( )

13. Puntaje SISBÉN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: colpatria.

16. Administradora de Pensiones: PROTECCION

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.300.000

18. Residencia

Dirección: CR 53C # 47-52

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3118380847

Correo Electrónico: alvaropaez6502@gmail.com

Municipio / Distrito: BOGOTA

Zona: Urbana (X) Rural ( )

Localidad / Comuna:

Departamento: 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: CN ( ) TI ( ) CE ( ) CD ( ) RC ( ) CC ( ) PA ( ) SC ( )

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				

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	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad 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	Centro medico zona In.	
B		
B		
B		

KPRATA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

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 documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Construcciones Ambar SAS	NIT X TI CE CC PA CD	901401153	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono Fijo
Calle 116 # 15-36	

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
construccion.ambar@gmail.com	Bogota	c/marca

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
- [X] 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	19/01/2024

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

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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la 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.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Alvaro Paez	MARTHA ESPITIA

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Observaciones:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
900929047-9 ESTRATEGIA EMPRESARIAL AS LTDA	19-01-2024	

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PAEZ FONSECA ALVARO** identificado(a) con **CC** número **79.375.332** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de febrero de 2020 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 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de enero de 2024.

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:
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

2024011811403

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **PAEZ FONSECA ALVARO, CC - 79375332**, está afiliado(a) desde **18/01/2024**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **19/01/2024**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **18 de enero de 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
EDUCACIÓN
Secretaría de Educación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

Bogotá D.C, 19 de Enero de 2024

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTE

El abajo aquí firmante identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto que autorizo de manera libre, expresa, inequívocamente, y de forma exclusiva para los fines señalados en los términos de la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Secretaría de Educación del Distrito con NIT. 899.999.061-9, a consultar los datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y, de llegarse a formalizar, manifiesto que la Entidad podrá cada cuatro (4) meses realizar la misma consulta, esto es a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

AUTORIZA,

Alvaro Reis Lonseca
NOMBRE PROFESIONAL
CC 79.375.332

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
JAIME HERRERA OSORIO

REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO INGENIERÍA I

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 00:52:44 horas del 19/01/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79375332,** Apellidos y Nombres **PAEZ FONSECA ALVARO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT **901401153-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

MEDIPLUS

DR. ALVARO ANDRES CARREÑO VELAZCO
MEDICO GENERAL, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 0658 DE 2017

MEDIPLUS MEDIPLUS MEDIPLUS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	2024-01-18	BOGOTÁ	**EXAMEN:**	INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA			
NOMBRE DEL PACIENTE:	PAEZ FONSECA ALVARO						
IDENTIFICACION:	CC 79375332		**RH:**	O+	**EDAD:**	59,0	**GENERO:** M
FECHA DE NACIMIENTO:	1965-02-01		**TELEFONO DE CONTACTO:**	3203488189			

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	**NIT**	901401153-8
ESCOLARIDAD:	PRIMARIA	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	AYUDANTE

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	X
Osteomuscular	X	Espirometría	X

Exámenes de laboratorio:
Glicemia [X] Triglicéridos [X] Colesterol [X] Otros: [X]

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar: NINGUNA

Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolución 4272: SI [X]

Apto para laborar en Espacios Confinados: SI [X] NO [ ] N/A

Apto para el cargo SI [X] NO [ ] N/A

OBSERVACIONES

Capacitación y certificación para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

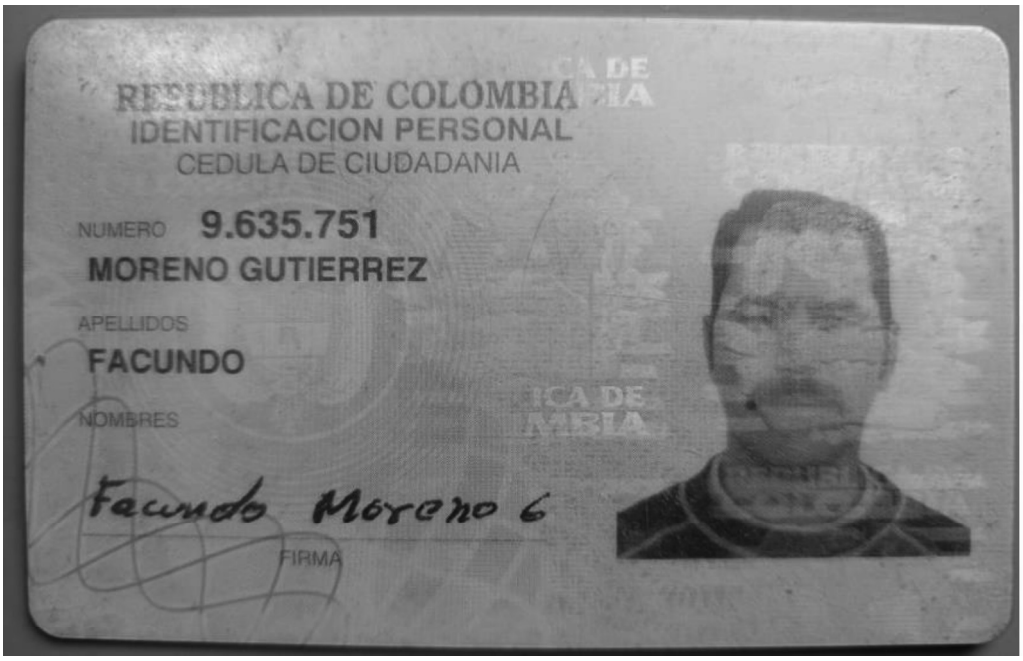
RECOMENDACIONES

* Realizar control por optometría en su EPS.
* Realizar pausas activas.
* Estilos de vida saludable
* Evitar posturas prolongadas. Ejercicio físico.
* Uso de protección auditiva.
* Realizar valoración por nutrición en su EPS.

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos síntomas relacionados con el síndrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como población en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2020

PROFESIONAL	PACIENTE	
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. de Buenos Aires Arg. FAN Y FUA **FIRMA Y SELLO** **NOMBRE DEL MEDICO: DR. ALVARO ANDRES CARREÑO VELAZCO**	**FIRMA:** Alvaro Paez Fonseca **NOMBRE:** PAEZ FONSECA ALVARO **DOCUMENTO:** CC 79375332	HUELLA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.635.751

MORENO GUTIERREZ

APELLIDOS

FACUNDO

NOMBRES

Facundo Moreno G

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1973

PESCA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

08-NOV-1991 PESCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0720200-00233853-M-0009635751-20100414 0021986673A 1 25259942

Medellín, 19 de February 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 WNM INGENIEROS SAS.

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			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C9635751	MORENO GUTIERREZ FACUNDO	20/02/2024		19113122	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/02/2024 14:02:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.221.0, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

Fecha de Radicación
1|9|0|2|2|0|2|4

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

1. tipo de tramite	2.Tipo afilacion		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) 1
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☒		

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
MORENO (Primer apellido)	GUTIERREZ (Segundo apellido)	FACUNDO (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7. Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	9635751	Femenino / Masculino	1|7|0|4|1|9|7|3

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico

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

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
20. Tipo 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 F	N	M	Condición I	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	-	-
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)
WNM INGENIEROS SAS	NIT	900174002	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CALLE 95 71-75			BOGOTA	C/MARCA

No de Radicacion

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 ☒		2|0|0|2|2|0|2|4

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

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

Observaciones

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

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO

NIT. 860007336-1

SERVICIOS DE AFILIACIONES EN LINEA

NOVEDADES DE TRABAJADORES

Transacción Exitosa. La novedad de certificación ha sido radicada con el número 215459241

Datos de la Empresa

Identificación Empresa	NIT 900174002-6
Razón Social	WNM INGENIEROS SAS

Datos del Trabajador

Identificación Trabajador	CC 9635751
Nombre	MORENO GUTIERREZ FACUNDO
Fecha Afiliación	20/02/2024

VIGILADO

Bogotá D.C., 19/02/2024

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

FACUNDO MORENO GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.635.751**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

27

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000472217

Régimen : RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: WNM INGENIEROS SAS FECHA 20/02/2024 08:17:58

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: FACUNDO MORENO GUTIERREZ **C.C** 9635751

EDAD 50 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE OBRA

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑	Otros ☐
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL - NUTRICION EPS/ SEGUIMIENTO EPS POR ALTERACION DE LABORATORIOS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Facundo Moreno G

FIRMA DEL PACIENTE



Pablo E. Salinas E.
Pablo E. Salinas
Médico Especialista
Salud Laboral
C.C 1073.677.274
I.S.O 3395-2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

27

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

Régimen : RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000472217

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: WNM INGENIEROS SAS FECHA 20/02/2024 08:17:58

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: FACUNDO MORENO GUTIERREZ **C.C** 9635751

EDAD 50 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE OBRA

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑	Otros ☐
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL - NUTRICION EPS/ SEGUIMIENTO EPS POR ALTERACION DE LABORATORIOS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Facundo Moreno G

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Pablo E. Salinas E.
Pablo E. Salinas
Médico Especialista
Salud Laboral
C.C 1073.677.274
I.S.O 3395-2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Medellín, 19 de February 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 WNM INGENIEROS SAS.

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			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C9635751	MORENO GUTIERREZ FACUNDO	20/02/2024		19113122	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/02/2024 14:02:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.221.0, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO

NIT. 860007336-1

SERVICIOS DE AFILIACIONES EN LINEA

NOVEDADES DE TRABAJADORES

Transacción Exitosa. La novedad de certificación ha sido radicada con el número 215459241

Datos de la Empresa

Identificación Empresa	NIT 900174002-6
Razón Social	WNM INGENIEROS SAS

Datos del Trabajador

Identificación Trabajador	CC 9635751
Nombre	MORENO GUTIERREZ FACUNDO
Fecha Afiliación	20/02/2024

VIGILADO

Bogotá D.C., 19/02/2024

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

FACUNDO MORENO GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.635.751**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

Fecha de Radicación
1|9|0|2|2|0|2|4

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

1. tipo de tramite	2.Tipo afilacion		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. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☒	(a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
MORENO (Primer apellido)	GUTIERREZ (Segundo apellido)	FACUNDO (Primer nombre)	(Segundo nombre)

7. Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	9635751	Femenino / Masculino	1|7|0|4|1|9|7|3

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico

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

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

20. Tipo 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	-	-
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)
WNM INGENIEROS SAS	NIT	900174002	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CALLE 95 71-75			BOGOTA	C/MARCA

No de Radicacion

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 ☒		2|0|0|2|2|0|2|4

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

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

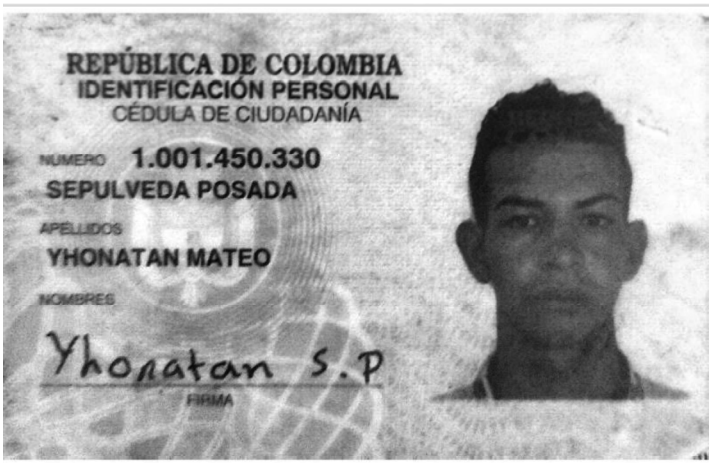
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 9.635.751
MORENO GUTIERREZ
APELLIDOS
FACUNDO
NOMBRES
Facundo Moreno G
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1973
PESCA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
08-NOV-1991 PESCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-0720200-00233853-M-0009635751-20100414
0021986673A 1
25259942



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.001.450.330
SEPULVEDA POSADA

APELLIDOS
YHONATAN MATEO

NOMBRES
Yhonatan S.P

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-2002
SAN ANDRES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

18-AGO-2020 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01297924-M-1001450330-20220514 0079353833A 1 8504654040

Medellín, 12 de February 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 WNM INGENIEROS SAS.

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			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1001450330	SEPULVEDA POSADA YHONATAN MATEO	13/02/2024		14823891	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 12/02/2024 16:35:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.221.0, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/02/2024, el empleador WNM INGENIEROS SAS identificado con NIT 900174002 registró la siguiente solicitud de afiliación en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
235959892	12/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA INGRESO
CEDULA DE CIUDADANIA	1001450330	SEPULVEDA POSADA YHONATAN MATEO	1.300.000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024/02/13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO

NIT. 860007336-1

SERVICIOS DE AFILIACIONES EN LINEA

NOVEDADES DE TRABAJADORES

Transacción Exitosa. La novedad de certificación ha sido radicada con el número 215456411

Datos de la Empresa

Identificación Empresa	NIT 900174002-6
Razón Social	WNM INGENIEROS SAS

Datos del Trabajador

Identificación Trabajador	CC 1001450330
Nombre	SEPULVEDA POSADA YHONATAN MATEO
Fecha Afiliación	13/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Bogotá D.C., 12/02/2024

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:

YHONATAN MATEO SEPULVEDA POSADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.450.330**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 12 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Régimen : RÉGIMEN Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000470536

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WNM INGENIEROS SAS FECHA 13/02/2024 12:31:26

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: YHONATAN MATEO SEPULVEDA POSADA **C.C** 1001450330

EDAD 21 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Yhonatan S.P.

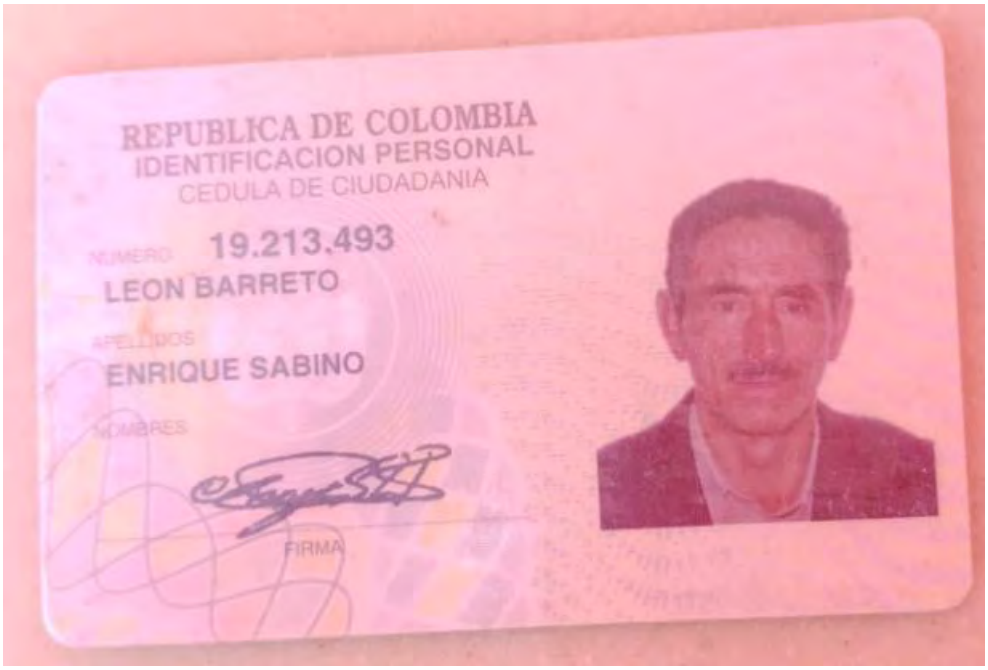
FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 19.213.493
LEON BARRETO
APELLIDOS
ENRIQUE SABINO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1953
CHOACHI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S RH
M
SEXO
02-DIC-1974 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00190657 M-0019213493-20091026
0017470790A 2
29144859

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 9.636.476



LAGOS BOLIVAR

LUIS YUBER

COL 1.70 M

05 MAYO 1981 A+

PESCA (BOYACA)

04 OCT 2000, PESCA

06 MAR 2033



REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0170418548072O2<<<<<<<<<<
8105059M3303067COL9636476<<<<8
LAGOS<BOLIVAR<<LUIS<YUBER<<<<<

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.
Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
NIL 900.148264-8 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

154
NÚMERO
0000429766

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: WNM INGENIEROS SAS FECHA 25/07/2023 14:29:17

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS YUBER LAGOS BOLIVAR C.C 9036478

EDAD 42 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Optometría	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Luis Yuber Lagos Bolivar

FIRMA DEL PACIENTE



Médico Especialista
Reg. 19408-2014 C.C. 52.953.870

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX: 2784705 FAX: 2792301Fax
E-mail clinisurips2@hotmail.com - http://www.clinisurips.com

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
No. 5506742
COL
BARRIOS
APELLIDOS
LUIS GABRIEL
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
20154849
DNI N°.
27-02-1989
FECHA DE NACIMIENTO
17-02-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
VISIBLES
FIRMA


E1039414
INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.
Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia
MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co
IPCOL5506742<<1<<<<<<<<<<<<<<<
8902270M3105308VENE1039414<<<4
BARRIOS<<LUIS<GABRIEL<<<<<<<<<

68

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Régimen : REGIMEN 1

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000474056

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: WNM INGENIEROS SAS FECHA 28/02/2024 08:54:25

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS GABRIEL BARRIOS **C.C** 5506742

EDAD 35 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometria	☑	Glic ☑ Col ☑	Trigli ☑ Otros ☐
Optometria	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometria	☑		
Espirometria	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR EN ALTURAS

CONTROL MEDICO RUTINA EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

LUIS BARRIOS

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Reg.11294 C.C. 79.687.876

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

Medellín, 28 de February 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 WNM INGENIEROS SAS.

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			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
X5506742	BARRIOS LUIS GABRIEL	29/02/2024		m4208195	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 28/02/2024 14:47:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.204.36, 198.143.41.46, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

- ORIGINAL: E.P.S. -

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 283582 07/16

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

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)

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
BARRIOS		LUIS	MIGUEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
PPT	5506742	Femenino [ ] Masculino [X]	27/02/1989

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
SURAMERICANA		1.300.000

18. Residencia			
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CALLE 16 # 16 -10 SUR		3138667280	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana [X] Rural [ ]		C/MARCA

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
		Femenino [ ] Masculino [ ]	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				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del do	Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

RECIBIDO
AFILIACIONES
FEBRERO 2024
PENDIENTE DE VERIFICACIÓN
Por: Jenny R. Hora:

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia				Condición T	Condición P
					M		
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	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)
WNM INGENIEROS SAS	NIT	900174002	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 95 71-75 TORRE 2 AP 2502	3112041456		BOGOTA D.C	C/MARCA

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR CARVAJAL FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

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

O.P. 283582 07/16

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo. ☐ B. Régimen Subsidiado.
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen. ☐ B. Diferente Régimen.
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		29 02 2024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Franco Vasquez Kelly Katherine

Firmado digitalmente por Franco Vasquez Kelly Katherine
DN: cn=Franco Vasquez Kelly Katherine, o=Siemens, email=kelly.franco_vasquez@siemens.com
Motivo: Doy fe de la exactitud e integridad de este documento
Fecha: 2020.09.11 12:17:21 -05'00'

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

RECIBIDO
AFILIACIONES
FEBRERO 2024
PENDIENTE DE VERIFICACIÓN
Por: Jenny R. Hora:

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo — CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total ☐
- ☐ 57. Copia … a autoridad competente.
- ☐ 58. Copia … , acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia … el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación … 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	(D D M M A A A A)	(D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

Colsubsidio
Con todo lo que te mereces

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO

NIT. 860007336-1

SERVICIOS DE AFILIACIONES EN LINEA

NOVEDADES DE TRABAJADORES

Transacción Exitosa. La novedad de certificación ha sido radicada con el número 215459248

Datos de la Empresa

Identificación Empresa	NIT 900174002-6
Razón Social	WNM INGENIEROS SAS

Datos del Trabajador

Identificación Trabajador	PPT 5506742
Nombre	BARRIOS LUIS GABRIEL
Fecha Afiliación	29/02/2024

VIGILADO

Bogotá D.C., 28/02/2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.157.947
LEMUS VANEGAS

APELLIDOS
MANUEL SALVADOR

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1961
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

09-JUL-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-01-19, 12:23:01 p.m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 68550192

Periodo Cotización 202401 **Periodo Servicio** 202401

PAGADA 2024-01-18 14:28:00.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Nombre	MANUEL SALVADOR LEMUS VANEGAS				
Documento	CC 79157947	**Dirección**	CARRERA 1 BIS # 167 -12		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3102264763		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79157947		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01						LEMUS VANEGAS MANUEL SALVADOR	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	0	30	30	0			$ 1.160.000	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	14-7	5	6,960 %	$ 1.160.000	$ 80.800	CCF22	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 80.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

PORSALUD S.A.S

Calle 145A # 94A 17 - PBX: 601-762603 - 601 - 7462753 - 3157096150 Bogotá
Kr 36 # 34 71 - Tel: 608 - 6458053 - 3165324324 Villavicencí - Meta
Página Web: www.porsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 85871

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEMUSCULAR DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadania, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

LEMUS VANEGAS MANUEL SALVADOR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	82 AÑOS 1 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	79157947 (Número)

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NINGUNA	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMÉN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES
VALORACION POR EPS NUTRICION Y DIETETICA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ALIMENTACIÓN RICA EN FIBRA, LÍQUIDOS Y VERDURAS
		ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES
		ALIMENTACIÓN RICA EN FIBRA, LÍQUIDOS Y VERDURAS
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA
		HÁBITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL/EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/CUMPLIR CON EL PROGRAMA DE SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA/EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACIONES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y NO REFIERE SINTOMATOLOGIA OSTEOMUSCULAR
SE RECOMIENDA. BAJAR DE PESO.
BAJAR EL CONSUMO DE GRASA, AZÚCAR Y HARINAS.
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA AL MENOS 20 MINUTOS DIARIOS 3 DÍAS A LA SEMANA.
SE BRINDA EDUCACION SOBRE HABITOS ALIMENTICIOS Y CUIDADOS GENERALES DE SALUD, SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIOS CARDIOVASCULARES.
CITA DE NUTRICIONISTA EN EPS

(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento el doctor(a) abajo mencionado me ha ...uraleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las ... riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad ... mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas ... en este examen son completas y verídicas

...orizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completamente diligenciados en mi presencia y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Declaro que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal medico de la IPS a que se me practique el examen físico necesario. He leído y acepto los terminos de los consentimientos informados incluyendo (Venopuncion,HIV,PsicoActivas)...."De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar"...

Médico		**Aspirante o Trabajador**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	BOLIVAR HERNANDEZ ALEJANDRO	**Nombre:**	LEMUS VANEGAS MANUEL SALVADOR
R. M.:	3699-11 **L.S.O.:** 7317	**CC:**	79157947

PORSALUD S.A.S

Calle 145A # 94A 17 - PBX: 601-762603 - 601 - 7462783 - 3157096150 Bogotá
Kr 36 # 34 71 - Tel: 608 - 6458053 - 3165324324 Villavicencl - Meta
Página Web: www.porsaludips.com

RECOMENDACIONES

Paciente: LEMUS VANEGAS MANUEL SALVADOR

Fecha: 26/01/2024

Identificación: CC: 79157947

Fecha Nacimiento: 01/12/1961

Cargo: OFICIAL

Edad:

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CRA 1 167 A 19

Ciudad: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE.
ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES, ALIMENTACIÓN RICA EN FIBRA, LÍQUIDOS Y VERDURAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL. VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION Y DIETETICA

NOMBRE DE LA PERSONA DE RECURSOS HUMANOS DE PARTICULARES	BOLIVAR HERNANDEZ ALEJANDRO **R. M.:** 3699-11 **L.S.O.:**	LEMUS VANEGAS MANUEL SALVADOR **RECIBIDO POR EL TRABAJADOR** **FIRMA DEL TRABAJADOR**


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.013.036.337

LEMUS BERNAL

APELLIDOS

JEFERSON STEVEN

NOMBRES

Jeferson

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-2004

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

19-MAY-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01299167-M-1013036337-20220523 0079451999G 1 8504796539

Jeferson lemus 83A@gimeil.com
3228739716
maria lusdari lemus - 3134418289
EPS - Salud total
ARI - Positiva
Fondo de Pensiones - Porvenir

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1013036337
Nombre:	JEFERSON STEVEN LEMUS BERNAL
Fecha Ingreso:	19/01/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/01/2024 08:42:14 p.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011598185	1|9|0|1|2|0|2|4

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

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			
LEMUS (Primer apellido)	BERNAL (Segundo apellido)	JEFERSON (Primer nombre)	STEVEN (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1013036337	Femenino ☐ Masculino ☒	1|8|0|5|2|0|0|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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 11 183 A 45		3228739716	JEFERSONLEMUS83A@GMAIL.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
20. Tipo 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 F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

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

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 SEPTIMA AVENIDA - VS SEPTIMA AVENIDA	VSEPTIMAVE - VSEPTIMAVE
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)
CONSTRUCCIONES AMBAR S A S	NIT	901401153	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 95 68 A 24	5679009	CONSTRUCCION.AMBAR@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4011598185

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 ☐		1|9|0|1|2|0|2|4

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 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 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 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

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Jeferson	Daniel Gualteros. R

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

Observaciones

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.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JEFERSON STEVEN LEMUS BERNAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.036.337**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LEMUS BERNAL JEFERSON STEVEN, CC - 1013036337**, está afiliado(a) desde **18/01/2024**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538.**

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **19/01/2024**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	**-**	**-**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **19 de enero de 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

Av. Cra. 68 No. 90-88 - Sede Administrativa La Floresta
PBX (57)1 646 8000 - cafam.com.co - Bogotá, Colombia

MEDIPLUS

DR. ALVARO ANDRES CARREÑO VELAZCO
MEDICO GENERAL, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 0658 DE 2017

MEDIPLUS MEDIPLUS MEDIPLUS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	2024-01-18	BOGOTÁ	**EXAMEN:**	INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA			
NOMBRE DEL PACIENTE:	LEMUS BERNAL JEFERSON STEVEN						
IDENTIFICACION:	CC 1013036337	**RH:**	O+	**EDAD:**	19,7	**GENERO:**	M
FECHA DE NACIMIENTO:	2004-05-18	**TELEFONO DE CONTACTO:**	3134418289				

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	**NIT**	901401153-8
ESCOLARIDAD:	PRIMARIA	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	AYUDANTE

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	X
Osteomuscular	X	Espirometría	X

Exámenes de laboratorio:

Glicemia	Triglicéridos	Colesterol	Otros:
X	X	X	X

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar: NINGUNA

Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolución 4272: SI [X]

Apto para laborar en Espacios Confinados: SI [X] NO N/A

Apto para el cargo SI [X] NO N/A

OBSERVACIONES

Capacitación y certificación para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

* Realizar control por optometría en su EPS.
* Realizar pausas activas.
* Estilos de vida saludable
* Evitar posturas prolongadas. Ejercicio físico.
* Uso de protección auditiva.
* Realizar valoración por nutrición en su EPS.

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos síntomas relacionados con el síndrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como población en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2020

PROFESIONAL	PACIENTE	
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. de Buenos Aires Arg. FAN Y FUA **FIRMA Y SELLO** **NOMBRE DEL MEDICO: DR. ALVARO ANDRES CARREÑO VELAZCO**	**FIRMA:** Jeferson **NOMBRE:** LEMUS BERNAL JEFERSON STEVEN **DOCUMENTO:** CC 1013036337	HUELLA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.020.712.879**

PEREZ GUATIBONZA
APELLIDOS

CARLOS ALBERTO
NOMBRES

Carlos alberto perez G.
FIRMA



cll 167 I-36 este
Barrio soratama.
tel: 3219668921



FECHA DE NACIMIENTO **07-AGO-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

11-MAR-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00685345-M-1020712879-20150409 0043769809A 1 1243323295

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1020712879
Nombre:	CARLOS ALBERTO PEREZ GUATIBONZA
Fecha Ingreso:	11/01/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	10/1/2024 10:19:26 PM

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_2594376

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 901401153 CONSTRUCCIONES AMBAR S.A.S
Afiliado	CC 1020712879 CARLOS ALBERTO PEREZ GUATIBONZA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,300,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. KRA 95 # 68 A 24
Fecha de ingreso	11/01/2024
Fecha de radicación	16/01/2024 05:17:36 p.m.
Código de Transacción	170846184
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 02/2024

Fecha de generación 16/01/2024

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEREZ GUATIBONZA CARLOS ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **1.020.712.879** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2010 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 10 de enero de 2024.

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:
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

2024011014522

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **PEREZ GUATIBONZA CARLOS ALBERTO, CC - 1020712879**, está afiliado(a) desde **12/01/2024**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **11/01/2024**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **15 de enero de 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

MEDIC EXPERT

Siempre Pensado en tu Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	2024-01-11	**EXAMEN:**	INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA		
NOMBRE DEL PACIENTE:		PEREZ GUATIBONZA CARLOS ALBERTO			
IDENTIFICACION:	1020712879	**RH:**	A+	**EDAD:** 39	**GENERO:** M
FECHA DE NACIMIENTO:	1985-08-07	**TELEFONO DE CONTACTO:**	3219668921		

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	CONSTRUCCIONES AMBARA SAS	**NIT:**	901401153-8
ESCOLARIDAD:	PRIMARIA	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	OFICIAL

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia [X] Trigliceridos [X] Colesterol [X] Otros: [X]

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar: NINGUNA

Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272: SI [X] NO [ ] N/A [ ]

Apto para laborar en Espacios Confinados: SI [X] NO [ ] N/A [ ]

Apto para el cargo SI [X] NO [ ] N/A [ ]

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optomeria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO Dra. Gloria L. Vega Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. de Buenos Aires Arg.	**FIRMA:** Carlos alberto perez	HUELLA
NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR	**NOMBRE:** PEREZ GUATIBONZA CARLOS ALBERTO	
	DOCUMENTO: 1020712879	


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.566.945

HIGUERA BERNAL

APELLIDOS

JOSE DAVID

NOMBRES

Jose David Higuera B.

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1998

FUENTE DE ORO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

26-ENE-2016 VISTA HERMOSA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

0046894160A 1 46044411

Dirección - Carrera 3 # 166-08 Barrio Soratama

Cel = 3204505754

Eps = Nueva Eps

ARL = Porvenir

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1123566945
Nombre:	JOSE DAVID HIGUERA BERNAL
Fecha Ingreso:	11/01/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	10/1/2024 10:04:49 PM

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

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

"Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
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 [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] — Código — FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA MES AÑO

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
HIGUERA	BERNAL	JOSE	DAVID

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]	1123566945	F [ ] M [X]	DÍA 17 MES 01 AÑO 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO (Código)	12. DISCAPACIDAD (Tipo / Condición)	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
				COLPATRIA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA U. / R.	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORBENIR	1300000	Carrera 3 # 166 -08			

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
BOGOTA	BOGOTA		3204505754	josehiguera@gmail.com	

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
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		F M	DÍA MES AÑO	

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	31. DISCAPACIDAD Condición
1		R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M				F. N. M.	T. P.
2		R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M				F. N. M.	T. P.
3		R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M				F. N. M.	T. P.
4		R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M				F. N. M.	T. P.

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

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad C.C. C.E. P.A. C.D.	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante a pagador de pensiones
CONSTRUCCIONES AMBAR S.A.S	X	901401153		

39. DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
CL 116 15 36	BOGOTA	BOGOTA		3017844934	jdgomezc94@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 11 MES 01 AÑO 2024	AYUDANTE DE OBRA	1300000

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 PERDIDA 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 [ ]
14. TRASLADO [ ]
15. [ ] CESANTE [ ]
16. [ ] PENSIONADO [ ]
17. RL [ ]
18. REP. [ ]

nueva eps — RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS — NOMBRE — FIRMA — CLAVE MEDICO — FECHA

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 M	FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M	

42. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. 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 del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
JOSE HIGUERA	MARTHA ESPITIA

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio / Código del departamento	Número de ficha / Puntaje / Nivel	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE DAVID HIGUERA BERNAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.566.945**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Enero del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **HIGUERA BERNAL JOSE DAVID, CC - 1123566945**, está afiliado(a) desde **12/01/2024**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **11/01/2024**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **13 de enero de 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

MEDIC EXPERT

Siempre Pensado en tú Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	2024-01-11	**EXAMEN:**	INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA		
NOMBRE DEL PACIENTE:		HIGUERA BERNAL JOSE DAVID			
IDENTIFICACION:	1123566945	**RH:**	O+	**EDAD:** 26	**GENERO:** M
FECHA DE NACIMIENTO:	1998-01-17	**TELEFONO DE CONTACTO:**	3204505754		

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	CONSTRUCCIONES AMBARA SAS	**NIT:**	901401153-8
ESCOLARIDAD:	PRIMARIA	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	OFICIAL

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia [X] Triglicéridos [X] Colesterol [X] Otros: [X]

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar: NINGUNA

Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272: SI [X] NO [ ] N/A [ ]

Apto para laborar en Espacios Confinados: SI [X] NO [ ] N/A [ ]

Apto para el cargo SI [X] NO [ ] N/A [ ]

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optomeria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO Dr. Gloria L. Vega Medico Especialista En Seguridad y Salud en el Trabajo Bajo Licencia Aires Art SAS Y FUS NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR	FIRMA: Jose David Higuera B. NOMBRE: HIGUERA BERNAL JOSE DAVID DOCUMENTO: 1123566945	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.020.715.676**
LEMUS BERNAL

APELLIDOS
MIGUEL ANGEL

NOMBRES



FIRMA



EPS: Salud Total
Pensiones: porvenir
Tel: 3152324090
Contacto en Caso de: 3204114596 Ximena Diaz
Dirección: Kr 1Bis H 167A-12
virtuddemiqud@Hotmail.com



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAR-1985**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

18-JUN-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00880686-M-1020715676-20170202 0053426886A 1 9996709685

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1020715676
Nombre:	MIGUEL ANGEL LEMUS BERNAL
Fecha Ingreso:	11/01/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	10/1/2024 10:24:30 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011538223	1|1|0|1|2|0|2|4

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

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

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

3.Regimen — 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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
LEMUS Primer apellido	BERNAL Segundo apellido	MIGUEL Primer nombre	ANGEL Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1020715676	Femenino ☐ Masculino ☒	0|8|0|3|1|9|8|5

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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 1 BIS 167 A 12		3152324090	VIRTUDDEMIGUEL@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
20. Tipo 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 CALLE 98 - UOD CPO CALLE 98	VSCALLE98 - UODCPOCAST
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)
CONSTRUCCIONES AMBAR S A S	NIT	901401153	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 95 68 A 24	6000998	CONSTRUCCION.AMBAR@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4011538223

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
- ☒ 8. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 9. 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

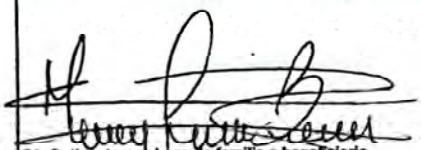
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación				
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42.Fecha 1|1|0|1|2|0|2|4
43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS



54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

Daniel Gualteros. R

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 consista 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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario	

Observaciones

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

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MIGUEL ANGEL LEMUS BERNAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.020.715.676**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Enero 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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LEMUS BERNAL MIGUEL ANGEL, CC - 1020715676**, está afiliado(a) desde **13/07/2022**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **0000-00-00**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
MICHAEL MAURICIO LEMUS PUERTO	1013037900	Hijo
ANGEL DAVID LEMUS PUERTO	1033120073	Hijo

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **12 de enero de 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

MEDIC EXPERT

Siempre Pensando en tu Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	2024-01-11	**EXAMEN:**	INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA
NOMBRE DEL PACIENTE:		LEMUS BERNAL MIGUEL ANGEL	
IDENTIFICACION:	1020715676	**RH:** A+ **EDAD:** 39	**GENERO:** M
FECHA DE NACIMIENTO:	1985-03-08	**TELEFONO DE CONTACTO:**	3152324090

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	CONSTRUCCIONES AMBARA SAS	**NIT:**	901401153-8
ESCOLARIDAD:	BACHILLER	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	OFICIAL

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia [X] Triglicéridos [X] Colesterol [X] Otros: [X]

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar: NINGUNA

Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272: SI [X] NO [ ] N/A [ ]

Apto para laborar en Espacios Confinados: SI [X] NO [ ] N/A [ ]

Apto para el cargo SI [X] NO [ ] N/A [ ]

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optometria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO Dra. Gloria L. Vega Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo Cra. Buenos Aires Arg. [illegible]	FIRMA: NOMBRE: LEMUS BERNAL MIGUEL ANGEL DOCUMENTO: 1020715676	HUELLA
NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR		


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79794584
NUMERO
BARAHONA
APELLIDOS
WILIAM RICARDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1978
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-MAR-1996 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
A-1500102-70078901-M-0079794584-20000811 17604 00195B 02 089951326

Dirección Cr 1C 162A 64
TL. 3123002050-
3178294930
EPS. famisanar
FPC. Porvenir
Esposa. Tatiana Perez
TL. 3204133939

capturada en moto g31
William barahona

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79794584
Nombre:	WILIAM RICARDO BARAHONA
Fecha Ingreso:	11/01/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	10/1/2024 10:37:55 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010708910

9010708910

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	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BARAHONA	Segundo Apellido:	Primer Nombre: WILIAM	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79794584	Femenino [ ] Masculino [X]	D 25 D M 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16
	Tipo F N M Condición T P			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.300.000	Dirección	Teléfono fijo	
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) perm

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	

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

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

	31. Discapacidad					32. Datos de residencia				
	Tipo			Condición			Zona			
	F	N	M	T	P	Municipio / Distrito	Urbana	Rural	Departamento	Teléfono
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS
C	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o p
CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	NT	901401153	

39. Ubicación			
CRA 95 68 A 24 Dirección	4063033 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Dist

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 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 [ ] 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 afiliacione entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Rég 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	

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:

WILIAM RICARDO BARAHONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.794.584**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Enero 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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **BARAHONA WILIAM RICARDO, CC - 79794584**, está afiliado(a) desde **12/01/2024**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538.**

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **11/01/2024**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **13 de enero de 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

MEDIC EXPERT

Siempre Pensando en tú Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	**2024-01-11**	**EXAMEN:**	**INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA**		
NOMBRE DEL PACIENTE:		**BARAHONA WILIAM RICARDO**			
IDENTIFICACION:	**79794584**	**RH:**	**O+**	**EDAD:**	**46**
FECHA DE NACIMIENTO:	**1978-02-25**	**TELEFONO DE CONTACTO:**		**3123002050**	

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	**CONSTRUCCIONES AMBARA SAS**	**NIT:**	**901401153-8**
ESCOLARIDAD:	**BACHILLER**	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	**OFICIAL**

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Opiometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia [X] Triglicéridos [X] Colesterol [X] Otros: [X]

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar: NINGUNA

Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272: SI [X] NO [ ] N/A [ ]

Apto para laborar en Espacios Confinados: SI [X] NO [ ] N/A [ ]

Apto para el cargo SI [X] NO [ ] N/A [ ]

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optomeria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO	FIRMA:	HUELLA
NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR	NOMBRE: BARAHONA WILIAM RICARDO DOCUMENTO: 79794584	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.020.715.677
LEMUS BERNAL
APELLIDOS
MANUEL ALEJANDRO
NOMBRES

MANUEL LEMUS
FIRMA

EPS. SALUD TOTAL
ARL. SURA
PENSIONES COLPENSIONES

CARRERA 1A#167-19
BARRIO SORATAMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1986
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
18-JUN-2004 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-1500150-00516274-M-1020715677-20131125 0035873342A 1 1332588992

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1020715677
Nombre:	MANUEL ALEJANDRO LEMUS BERNAL
Fecha Ingreso:	14/11/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	13/11/2023 11:19:39 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011261486	1|4|1|1|2|0|2|3

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

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			
LEMUS Primer apellido	BERNAL Segundo apellido	MANUEL Primer nombre	ALEJANDRO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1020715677	Femenino ☐ Masculino ☒	1|1|0|6|1|9|8|6

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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A		1160000

18.Residencia			
CR 1A 167 12 **Dirección**	**Telefono fijo**	3123062000 **Telefono celular**	MANUELLEBERNAL@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

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

32. Datos de residencia

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

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 AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162	VSAUTONORT - VSAUTONORT
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)
CONSTRUCCIONES AMBAR S A S	NIT	901401153	01

39.Ubicación				
CR 95 68 A 24 Dirección	3017844934 Teleéfono	CONSTRUCCION.AMBAR@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4011261486

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. Exclusion 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	Numero documento de Identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha 18/11/2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 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 sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorizacion para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
MANUEL LEMUS	Daniel Guatheros.R

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 publica,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 certificado 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 consista 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	Numero documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

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

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MANUEL ALEJANDRO LEMUS BERNAL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1020715677,** se encuentra afiliado/a desde **14/11/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de noviembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino 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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LEMUS BERNAL MANUEL ALEJANDRO,** número de identificación **1020715677**, está afiliado(a) desde **14.11.2023** como trabajador de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS** con NIT **9014011538.**

Categoría: **A**
Fecha de ingreso a la empresa: **14.11.2023**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **21.11.2023** a solicitud del interesado.

Cordialmente,



Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio
Elaborado Por:Apalencia

MEDIC EXPERT

Siempre Pensando en tu Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	2023-11-15	**EXAMEN:**	INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA		
NOMBRE DEL PACIENTE:		LEMUS BERNAL MANUEL ALEJANDRO			
IDENTIFICACION:	1020715677	**RH:**	O+	**EDAD:** 37	**GENERO:** M
FECHA DE NACIMIENTO:	1986-06-11	**TELEFONO DE CONTACTO:**			

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	CONSTRUCCIONES AMBARA SAS	**NIT:**	901401153-8
ESCOLARIDAD:	MEDIA BASICA	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	OFICIAL

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia [X] Trigliceridos [X] Colesterol [X] Otros: [X]

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar:			NINGUNA
Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272:	SI [X]	NO [ ]	N/A [ ]
Apto para laborar en Espacios Confinados:	SI [X]	NO [ ]	N/A [ ]
Apto para el cargo	SI [X]	NO [ ]	N/A [ ]

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optometria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
Dra. Gloria L. Vega Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo RESOLUCION No 15-0425 DE 2019	**FIRMA:** MANUEL LEMUS	
FIRMA Y SELLO	**NOMBRE:** LEMUS BERNAL MANUEL ALEJANDRO	
NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR	**DOCUMENTO:** 1020715677	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.120.997
MONTAÑO BALLEN

APELLIDOS

JAIRO

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-1969
PAIME
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

11-DIC-1989 PAIME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00437295-M-0003120997-20130529 0033169834A 1 1502329635

Powered by CamScanner

CLINISUR IPS 1 LTDA

6
NÚMERO
0000412569

Nit. 830.143794-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WNM INGENIEROS SAS FECHA: 24/04/2023 07:06:09

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JAIRO MONTAÑO BALLEN C.C 3120997

EDAD 63 AÑOS SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OFICIAL DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	¿Cuáles?					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR PERMANENTES
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ HIGIENE POSTURAL / USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA ANUAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO / INGRESAR SVE AUDITIVO
OBSERVACIÓN:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 20 DE ABRIL DEL 2022

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX: 601-2784705 Cel.: 321 2889447
E-mail: clinisurips@clinisurips.com www.clinisurips n Bogotá, D. C

Powered by CamScanner

CLINISUR IPS 1 LTDA

NÚMERO

900145264

Nit. 900.145264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011730901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WNM INGENIEROS SAS FECHA 24/04/2023 07:08:09

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JAIRO MONTAÑO BALLEN C.C 3120997

EDAD 53 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OFICIAL DE OBRA



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cual?

FIRMA DEL PACIENTE

Dra. Karen M. Valeta L.
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 152 C.C. 1.067.874.457

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Cra. 10 No. 19 - 01 PBX: 6011-21041 Cel.: 321 2889447
mail: clinisurips@clinisurips.com www.clinisurip Bogotá, D. C

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 3.121.681



Apellidos
PACHON TORRES

Nombres
DIEGO ALEXANDER

Nacionalidad
COL

Estatura
1.77

Sexo
M

Fecha de nacimiento
17 OCT 1984

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PAIME (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
26 MAR 2003, PAIME

Firma
Diego Torres

Fecha de expiración
11 AGO 2033

028641957

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL028641957415193<<<<<<<<<<
8410179M3308110COL3121681<<<<7
PACHON<TORRES<<DIEGO<ALEXANDER

Powered by CamScanner

47.

NÚMERO
0000456590

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

Régimen: RÉGIMEN
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WNM INGENIEROS SAS **FECHA** 18/12/2023 09:07:54

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ **POS-OCUPACIONAL O EGRESO** ☐ **PERIÓDICO** ☐

NOMBRE Y APELLIDO: DIEGO ALEXANDER PACHON TORRES **C.C** 3121681

EDAD 39 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	¿Cuáles?					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el dia de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ VALORACION CIRUGIA VASCULAR
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Diego Torres

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Pablo E. Salinas
Pablo E. Salinas
Médico Especialista
Salud Laboral
C.C 1073.677 274
I.S.O 3395-2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Anexo 2. Planillas de seguridad social

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-02-21, 10:59:47 a. m. **Tipo Planilla** N **Número Planilla** 1061268047

Planilla Corregida Nro 1060457186 **Periodo Cotización** 202401 **Periodo Servicio** 202402

PAGADA 2024-02-17 14:51:22.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LYL LOGISTIC SAS				
Documento	NI 901581295	**Dirección**	CL 38A SUR #72 - 06 PISO 2		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6950030		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	6
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	NOVOA CASTELLANOS LEIDY LORENA	**Identificación**	CC 1023894975		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento							Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
	CC 1023897317		Residente		Exonerado	S				
Tipo Cotizante	01	11					ROCHA MORA LEIDY TATIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X							C					L			0	1	30	30	30			F	$ 1.300.000	230201		16 %	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	EPS005		4 %	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	14-11		0,000 %	$ 0	$ 0	CCF22	2 %	$ 1.300.000	$ 26.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 78.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que YULY PATRICIA PULIDO NAJAR identificado(a) con CC 1030557560 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

PULIDO NAJAR YULY PATRICIA CC 1030557560

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-02	2024-02	497800033	9463695520	I	2024-03-06																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,300,000	$208,000
ARL	COLMENA	30	2.436%	$1,300,000	$31,700
EPS	FAMISANAR	30	12.5%	$1,300,000	$162,500

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-02	2024-02	497905574	9464082055	N	2024-03-06								C									

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,560,000	$249,600
ARL	COLMENA	30	2.436%	$1,560,000	$38,100
EPS	FAMISANAR	30	12.5%	$1,560,000	$195,000

Este certificado se expide el día 2024-03-06 a las 11:46.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que PAULA ALEJANDRA CASTAÑEDA CASTRO identificado(a) con CC 1000686563 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

PULIDO NAJAR YULY PATRICIA CC 1030557560

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-02	2024-03	497964100	9463811555	E	2024-03-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	5	16%	$216,667	$34,700
ARL	ARL SURA	5	0.522%	$216,667	$1,200
CCF	COLSUBSIDIO	5	4%	$216,667	$8,700
EPS	SALUD TOTAL	5	4%	$216,667	$8,700

Este certificado se expide el día 2024-03-11 a las 10:36.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901401153-8	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	KR 94 BIS 68A 59	7565472	construccion.ambar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74816399	$5.305.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	307.000	0		0		0	6	1.700	0	308.700	9
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	59.000	0		0		0	6	400	0	59.400	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	53.800	0		0		0	6	300	0	54.100	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	107.500	0		0		0	6	600	0	108.100	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	147.500	0		0		0	6	800	0	148.300	6
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	3.500	0		0		0	6	100	0	3.600	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	3.600	0		0		0	6	100	0	3.700	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	471.700	0	0	0	0	6	2.600	0	474.300	7
230301	Porvenir	800224808-8	1.463.200	0	0	0	0	6	8.000	0	1.471.200	13
231001	Colfondos	800227940-6	367.600	0	0	0	0	6	2.000	0	369.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	423.000	0	0	0	0	6	2.300	0	425.300	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.186.600				1.186.600	6	6.500	1.193.100			11.866	1.193.100	26

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	681.900	6	3.700	685.600	26

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901401153-8	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS		KR 94 BIS 68A 59	7565472	construccion.ambar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			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
					26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74816399	$5.305.000	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	681.900	685.900
Pensión	4	2.725.500	2.740.400
Riesgos Laborales	1	1.186.600	1.193.100
CCF	1	681.900	685.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	5.275.900	5.305.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901401153-8	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS		KR 94 BIS 68A 59	7565472	construccion.ambar@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	C – MIPYME			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: 26 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74816399	$5.305.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	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
1	CC	1000695125	MERCHAN MONRROY KAREN TATIANA	1	0			S		X															230201	43.334	7.000	0	0	0	0	EPSC34	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
2	CC	1032368540	GUALTEROS RODRIGUEZ DANIEL FERNANDO	1	0			S																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	1033743743	RINCON VANEGAS VICTOR WILMAR	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	1043845510	GARCIA MARRIAGA DEIMER ESTEBAN	1	0			S		X															231001	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS008	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
5	CC	19897339	SALAS ROMERO OWER	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
6	CC	64558643	GONZALEZ PEREZ DARLY MARIA	1	0			S		X															25-14	43.334	7.000	0	0	0	0	EPSC34	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
7	CC	1023010956	MUÑOZ LUGO YEFERSON ANDRES	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
8	CC	79887072	MERCHAN LOPEZ ALEJANDRO	1	0			S		X															230301	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS017	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
9	CC	5973059	LOAIZA VERA ARNOBEL	1	0			S	X																231001	953.334	152.600	0	0	0	0	EPS002	953.334	38.200	14-4	953.334	5	66.400	CCF21	953.334	38.200	0	0	0	0	0
10	CC	1020712879	PEREZ GUATIBONZA CARLOS ALBERTO	1	0			S	X	X															230201	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS010	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
11	CC	79769207	TORRES MAZURCO JORGE HERNAN	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
12	CC	80793468	BARRAGAN FARFAN RAMIRO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
13	CC	1102230014	ALQUERQUE JIMENEZ LUIS FERNANDO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
14	CC	80371923	MARTINEZ URREGO ALEXANDER	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
15	CC	79794584	BARAHONA WILIAM RICARDO	1	0			S	X																230301	866.667	138.700	0	0	0	0	EPS017	866.667	34.700	14-4	866.667	5	60.400	CCF21	866.667	34.700	0	0	0	0	0
16	CC	1013036337	LEMUS BERNAL JEFERSON STEVEN	1	0			S	X																230301	520.000	83.200	0	0	0	0	EPS002	520.000	20.800	14-4	520.000	5	36.200	CCF21	520.000	20.800	0	0	0	0	0
17	PT	7117500	BARRIGA ORTEGA BERTILIO ANTONIO	1	0			S		X															230201	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS002	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
18	CC	1012369722	PABON ROCHA YESID ALFONSO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
19	CC	1020715677	LEMUS BERNAL MANUEL ALEJANDRO	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
20	CC	1020767549	PACHECO BELTRAN ANDERSON DAVID	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS002	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
21	CC	1092386581	PAEZ SANABRIA ROBINSON ALEJANDRO	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS005	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
22	CC	79375332	PAEZ FONSECA ALVARO	1	0			S	X	X															230201	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS005	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
23	CC	1020715676	LEMUS BERNAL MIGUEL ANGEL	1	0			S	X																230301	866.667	138.700	0	0	0	0	EPS002	866.667	34.700	14-4	866.667	5	60.400	CCF21	866.667	34.700	0	0	0	0	0
24	CC	1123566945	HIGUERA BERNAL JOSE DAVID	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS041	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
25	CC	1218213085	PABON ROCHA MARLON DAVID	1	0			S	X	X															230201	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS017	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
26	CC	53093038	SOLANO ZUÑIGA FRANCY YAZMIN	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS017	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0

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

SuAporte | Constancia de Pago Afiliados

Nro Planilla: 68733871 **Fecha de creación del** lunes, 05 de febrero de 2024 07:53:49 PM **Período de Cotización:** 2023-12

Período de Servicio: 2024-01

Tipo Planilla: E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS.

PAGADA 05/02/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 2024-02-05, la empresa SEINCO ARQUITECTURA SAS con documento de identificación CC80033516, canceló los aportes de seguridad social correspondientes a los siguientes empleados y dirigido a las siguientes entidades:

DATOS DE LOS AFILIADOS

1. Documento	2. Apellidos y Nombres	3. AFP	4. EPS	5. ARP	6. CCF	7. Pagó ICBF	8. Pagó SENA	9. Pagó FSP	10. Pagó MEN	11. Pagó ESAP
CC 1006196141	ARROYO MOSQUERA LUILLY DANIEL	PORVENIR	EPS SANITAS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1012439947	NARCISO GONZALEZ JHONATAN	PORVENIR	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1015424515	BENAVIDES MONTAÑA JAIR ANDRES	PROTECCION	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1136684588	TEQUIA PIERNAGORDA JUAN SEBASTIAN	COLPENSIONES	EPS SANITAS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-02-05, 07:50:08 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2024
Empresa	SEINCO ARQUITECTURA SAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 80033516
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	68733871
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	439002017
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 936.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	2	$ 371.200	$ 10.800
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 92.800	$ 2.700
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 6.200	$ 200
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	2	$ 48.000	$ 1.400
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 23.200	$ 700
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 46.400	$ 1.400
N890903790	14-11	ARL SURA	4	$ 204.700	$ 6.000
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	4	$ 117.600	$ 3.400
		SubTotales:		$ 910.100	$ 26.600
		Total a Pagar:			$ 936.700

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.