



* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN 29 10 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN		3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐		A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA ☐ SI ☐ NO ☐		5. TIPO DE AFILIADO		6. TIPO DE COTIZANTE	
A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		7. CÓDIGO	

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
FIGUEROA NOGUERA JAIME HERNANDO									
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. A.S. P.T.		10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.193.590.910		11. SEXO BIOLÓGICO F ☒ X T NB Otro	
13. NACIONALIDAD		14. LUGAR DE NACIMIENTO		PAÍS		PUTUMAYO		MUNICIPIO DE PUERTO ASIS	
15. FECHA DE NACIMIENTO		20 01 1986							

16. ETNIA		17. COMUNIDAD INDÍGENA		18. DISCAPACIDAD		19. TIENE ENCUESTA SISBEN?		20. CLASIFICACIÓN SISBEN		21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL		22. ARL	
SI ☐ NO ☐				CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD		SI ☐ NO ☐							
23. AFP		24. IBC		25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		26. RESIDENCIA		DIRECCIÓN		CALLE 15 #28-15 BARRIO EL RECREO		DEPARTAMENTO	
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		3223066500		CORREO ELECTRÓNICO		jaime123figueroa@gmail.com					
MUNICIPIO/DISTRITO		LOCALIDAD/COMUNA		ZONA		CABECERA MUNICIPAL ☐ CENTRO POBLADO ☐ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☒ X IPS		2159					

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO F ☐ M ☐		31. SEXO IDENTIFICACIÓN F ☐ M ☐ T NB Otro	
32. NACIONALIDAD		33. LUGAR DE NACIMIENTO		PAÍS		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
34. FECHA DE NACIMIENTO		DÍA MES AÑO							

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales											
35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS				36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD				37. NÚMERO DE IDENTIDAD			
B1				CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA
B2				CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA
B3				CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA
B4				CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA
B5				CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA

Datos complementarios del Beneficiario				47. TIENE ENCUESTA SISBEN?		48. CLASIFICACIÓN SISBEN		49. DISCAPACIDAD		50. INCAPACIDAD PERMANENTE		51. Datos de residencia				ZONA											
43. PARENTESCO				44. ETNIA		45. COMUNIDAD		46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		47. TIENE ENCUESTA SISBEN?		48. CLASIFICACIÓN SISBEN		49. DISCAPACIDAD		50. INCAPACIDAD PERMANENTE		51. Datos de residencia				ZONA					
B1																											
B2																											
B3																											
B4																											
B5																											
TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR				52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL				DIRECCIÓN				LOCALIDAD/COMUNA				CORREO ELECTRÓNICO				53. IPS				54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)			
B1																											
B2																											
B3																											
B4																											
B5																											

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO		55. Nombre o razón social		56. Tipo documento de identificación		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
		N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.							
59. Ubicación		DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO O CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO	
								MUNICIPIO/DISTRITO	

B. REPORTE DE NOVEDADES		60. TIPO DE NOVEDAD		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR		15. TRASLADO	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		☐		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO		☐	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		☐		11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.		☐	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		☐		12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		☐	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		☐		13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		☐	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____		☐		14. MOVILIDAD		☐	
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____		☐		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		☐	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO		☐	
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐					

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD		61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
		FIGUEROA NOGUERA JAIME HERNANDO									
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.123.200.129		62. SEXO BIOLÓGICO F ☒ X T NB Otro		63. SEXO IDENTIFICACIÓN F ☒ X T NB Otro	
64. FECHA DE NACIMIENTO		20 01 1986		65. EPS ANTERIOR		66. FECHA DE NOVEDAD		29 10 2025		67. MOTIVO DE TRASLADO Código	
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES											

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES		69. 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.		☐	
70. Declaración de que no la obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.				☐	
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad				☐	
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.				☐	
73. 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.				☐	
74. 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.				☐	
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.				☐	
76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.				☐	
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).				☐	
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.				☐	
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.				☐	

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	

IX. FIRMAS		80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional		81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio	

X. ANEXOS		82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT		Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total	
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.				☐	
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.				☐	
85. 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.				☐	
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.				☐	
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.				☐	
88. 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.				☐	
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016				☐	
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.				☐	
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.				Total Anexos	

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES		92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL		Código del Municipio Código del departamento		93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.		94. APELLIDOS Y NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		Número del documento de identidad		95. FIRMA DEL FUNCIONARIO		96. FECHA DE RADICACIÓN		DÍA MES AÑO	
97. FECHA DE VALIDACIÓN		DÍA MES AÑO									
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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

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

Yo, **FIGUEROA NOGUERA JAIME HERNANDO** identificado (a) con

R.C.

T.I.

☒

C.E.

S.C.

C.D.

P.E.

P.T.

número **1.123.200.129** de **PUERTO ASIS**, certifico que:

1

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí☐ No☐

2

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

Sí☒ No☐

3

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí☐ No☐

4

¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?

Sí☐ No☐

5

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Sí☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. **3223066500**

y/o correo electrónico: **jaime123figueroa@gmail.com**

Sí☐ No☐

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

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web <https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes>

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta Sí☐ NO☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: **Jaime Figueroa**
Tipo ID: **cc** No. ID: **1.123.200.129**
Fecha de Solicitud: **29/10/2025**
Dirección: **CALLE 15 #28-15 BARRIO EL RECREO**
Tel: **3223066500** Municipio: **PUERTO ASIS**
Departamento: **PUTUMAYO**

Huella

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

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

Huella

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

Autorizaciones

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

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

Aviso de privacidad

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

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

- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: **01 8000 954400**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: **(601) 419 3000**

Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

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

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES		INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		POSEE VIVIENDA PROPIA		SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ	
						\$				NO				NO	
Nivel de Escolaridad	Ninguno	☐ Secundaria	☐ Normalista	☐ Profesional	☐ Doctorado	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador		☐ Contratista	☐ Trabaja por su Cuenta				
	Preescolar	☐ Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐ Técnica Profesional	☐ Especialización	☐ Último Grado	Inicio Contrato				Fin Contrato					
	Básico Primaria	☐ Media técnica (bachillerato básico)	☐ Tecnológica	☐ Maestría	☐ Aprobado										
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.															
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero				Tipo de Identificación		NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte				DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

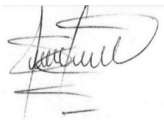
Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	Puerto Asis, 29/10/2025 CIUDAD Y FECHA
------------------------------	--------------------------	-------------------	---

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIME HERNANDO FIGUEROA NOGUERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1123200129**, se encuentra afiliado/a desde **13/11/2007** 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 27 de noviembre de 2025.



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.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

JAIME HERNANDO FIGUEROA NOGUERA CC 1123200129 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	899999034
Datos del trabajador			
Fecha de inicio cobertura	2025-11-05	Estado de afiliación	Activo
Clase de riesgo	5	Código Actividad Económica	5421001
Fecha de Inicio del Contrato	2025-11-05	Fecha Fin del Contrato	2025-12-17
Tipo de vinculación	Independiente	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de noviembre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

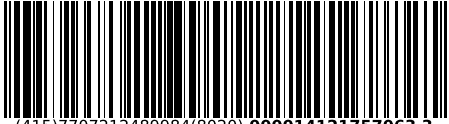
Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141217570633			
				 (415)7707212489984(8020) 000014121757063 3			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 2 3 2 0 0 1 2 9		6. DV 7		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Puerto Asís		14. Buzón electrónico 4 6	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 1 2 3 2 0 0 1 2 9			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Putumayo 1 6 9		30. Ciudad/Municipio Puerto Asís 8 6		5 6 8	
31. Primer apellido FIGUEROA		32. Segundo apellido NOGUERA		33. Primer nombre JAIME		34. Otros nombres HERNANDO	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Putumayo 1 6 9		40. Ciudad/Municipio Puerto Asís 8 6		5 6 8	
41. Dirección principal CL 15 29 15 BRR EL RECREO							
42. Correo electrónico facturacionsim01@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1		3 2 2 3 0 6 6 5 0 0		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	
8 5 5 1	2 0 2 5, 1 0, 2 8	1 3 1 3	2 0 2 4, 0 4, 0 1	1 6 3 0	4 7 5 2		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26							
53. Código 2 2 4 9 5 2							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
52 - Facturador electrónico							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre FIGUEROA NOGUERA JAIME HERNANDO 985. Cargo CONTRIBUYENTE			

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **JAIME HERNANDO FIGUEROA NOGUERA**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.123.200.129** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 726340581** aperturada el **27 de junio de 2019**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **09** días del mes de **diciembre** del año **2025**.

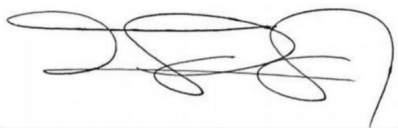
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0726340581**

Cuenta de 16 dígitos: **0726000200340581**

Cuenta de 20 dígitos: **00130726000200340581**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

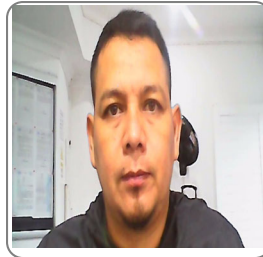
Fecha 29/10/2025 07:57:00

Empresa PARTICULAR

Doc. Identidad CC 1123200129

Nombre JAIME HERNANDO FIGUEROA NOGUERA

Cargo INSTRUCTOR



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

GLUCOSA (EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO), AUDIOMETRIA VALORACION, LABORATORIO DE VOZ, EXAMEN OPTOMETRICO - VISIOMETRIA, CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL

CONCEPTO

Apto para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Examen de ingreso con énfasis osteomuscular y psicosocial sin alteraciones musculoesqueléticas, sin patologías en la esfera mental que restrinjan la labor, capacidad visual y auditiva adecuadas para la labor, higiene visual, medidas de protección frente a video terminales, hábitos posturales adecuados, pausas activas, medidas de bioseguridad, autocuidado de la voz, adecuada hidratación

RESTRICCIONES LABORALES

No restricciones para el cargo

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

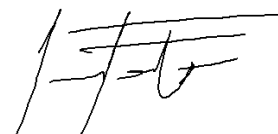
REMISIÓN SI ☐ NO ☒ ARL SI ☐ NO ☐ EPS SI ☐ NO ☐

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.



Leonela del R. Peñaranda S.
NEMIOLOGA Y CIPIOLANO
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. 1938

LEONELA DEL ROCIO PEÑARANDA SANCHEZ
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
CC: 37322394 RM: 0844



Trabajador: JAIME HERNANDO FIGUEROA
CC: 1123200129

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad





UNIMEDICAL DEL SUR SAS
UNIDAD MEDICA ESPECIALIZADA Y ANALISIS DE LABORATORIO
NIT 900556205-4

Barrio el Carmen - Cr. 25 N° 30B-48 Barrio Recreo. Tel: (8) 4220843 3138931521 - 3213136392 - 3134127481-
Laboratorioputumayocp@hotmail.com- www.unimedicaldelsur.com

Impreso	29 oct. 2025 10:08:45 am	RESULTADOS	Software Baxlab v20210608
Sede	PRINCIPAL	Fecha Nacimiento	20/01/1986
Paciente	FIGUEROA JAIME HERNANDO	Sexo M	Edad 39A 9M 9D
Identif.	CC 1123200129	Telefono	3223066500
Entidad	PARTICULAR	SubEntidad	PARTICULAR SENA
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico ASIGNADO NO .
		Nro. De Recepción	81480
		Fecha De Recepción	29 oct. 2025 07:45:54 am
		Página	1 de 1
		Resultados	Unidades
		Valores Referencia	

QUIMICA

1. GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS

Glicemia en Ayunas 80 mg/dl 70 a 105
Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro: 20 a 60
0 a 1 dia: 40 a 60 mg/dl
> 1 dia: 50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos: 70 a 105mg/dl

Fecha Reporte 29 oct. 2025 10:00 am

Dra. María Lucero Calvo
Bacterióloga

PERFIL VOCAL DE WILSON

Fecha 29-10-25Nombre Jaime FigueroaEdad 39Género MOcupación Indicador

Encierre una opción

CALIFICACION DE LA VOZ 1 2 3 4 5 6 7

CAVIDAD LARINGEA

Tono

A1

to

+

3

+

2

abierto -4 -3 -2 1 + + +4 cerrado

2

-

-2

-3

B

H

O

CAVIDAD DE RESONANCIA

Nasalidad

Hipernasal

+

4

+

3

+

2

Posterior -2 1 +2

Frontal

-

2

Hiponasal

INTENSIDAD

Suave -2 1 +2 Fuerte

RANGO VOCAL

Monótono -2 1 +2 Tono variable

Indique presencia o ausencia de las siguientes características acústicas con X

	SI	NO
DIPLIFONIA INTERMITENTE	☐	☒
DIPLOFONIA	☐	☒
INSPIRACIONES AUDIBLES	☐	☒
QUIEBRES DE TONO	☐	☒
FRASEO DESORDENADO	☐	☒
RESONANCIA INMADURA	☐	☒

Wilson, F. Voice Disorders. Austin: Learning Concepts 1977. Traducción C. Cuervo 1977

Calidades Vocales normales, en tono, timbre e intensidad.

Sus órganos fonoarticuladores presentan buena configuración anatómica y funcional, lo cual permite

articulación de los fonemas orales y nasales.

Jaime Figueroa
 FONDACIÓLOGA
 M.U.N. 1102048
 UNIVERSIDAD DE SUCRE

AUDIOMETRÍA

Tipo certificación: Control ☐ Ingreso ☒ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Reubicación ☐
Periódico ☐ Trabajo en alturas ☐ Caso ocupacional ☐ Ingreso al SVE ☐

Nombre **JAIME HERNANDO FIGUEROA NOGUERA** Doc. Identidad **1123200129**

Teléfono **3223066500** F. de nacimiento **20/01/1986** Edad **39 años** Ocupación

Empresa **PARTICULAR** Cargo Actual **INSTRUCTOR**

Antigüedad **NINGUNA** Fecha **29/10/2025** Reposo Auditivo **SI** Tiempo **12 H**

Fondo de Pensión EPS **NUEVA EPS SA** ARL

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

☐ SI Tiempo
☒ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Empresa: UT SERVIR

Cargo Años EPP
☒ SI OPERARIO DE 15 DIAS SI
☐ NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

☒ Ninguno ☐ Otitis ☐ Acúfeno ☐ Vértigo ☐ Trauma ☐ Perforación Timpánica ☐ Otagia ☐ Otorrea ☐ Hipoacusia

☐ Prurito ☐ Cirugía ☐ Detonación - Explosión ☐ Ototóxicos ☐ Otros:

Observaciones:

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

☐ Ninguno ☐ Polígono ☐ Servicio Militar ☐ Buceo ☒ Moto ☐ Instrumento Musical ☒ Discoteca y/o bares

☐ Otros:

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

☒ Ninguno ☐ Afección Renal ☐ Parotiditis ☐ TBC ☐ Diabetes
☐ Hipotiroidismo ☐ Meningitis ☐ Paludismo ☐ Reumatismo ☐ HTA
☐ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

☒ Ninguno ☐ Congénito
☐ Adquirido

Parentesco: _____

OTOSCOPIA

☒ Normal ☐ Anormal

OD CAE NORMAL
MT NORMAL

OI CAE NORMAL
MT NORMAL

CONCEPTO AUDIOMETRÍA

☒ Apto ☐ No apto ☐ Aplazado

Observaciones: normalidad



UNIMEDICAL DEL SUR SAS

Nit. 900556205 - 4
Dirección: CRA 25 30B-48
Tel: 3143264577

Control ☐
Ingreso ☐
Retiro ☐

AUDIOMETRÍA

Nombre	JAIME HERNANDO FIGUEROA NOGUERA		Doc. Identidad	1123200129
Teléfono	3223066500	Edad	39	Cargo
Empresa	PARTICULAR	Fecha	/ /	: : Reposo Auditivo

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

☐ SI Tiempo
☐ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Cargo Años EPP
☐ SI
☐ NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

☐ Ninguno ☐ Otitis ☐ Acúfeno ☐ Vértigo ☐ Trauma ☐ Perforación Timpánica ☐ Otagia ☐ Otorrea ☐ Hipoacusia
☐ Prurito ☐ Cirugía ☐ Detonación - Explosión ☐ Ototóxicos ☐ Otros:

Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

☐ Ninguno ☐ Polígono ☐ Servicio Militar ☐ Buceo ☐ Moto ☐ Instrumento Musical ☐ Discoteca y/o bares
☐ Otros: Obs.

ANTECEDENTES PERSONALES

☐ Ninguno ☐ Afección Renal ☐ Parotiditis ☐ TBC ☐ Diabetes
☐ Hipotiroidismo ☐ Meningitis ☐ Paludismo ☐ Reumatismo ☐ HTA
☐ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ Ninguno Parentesco
☐ Congénito ☐ Adquirido

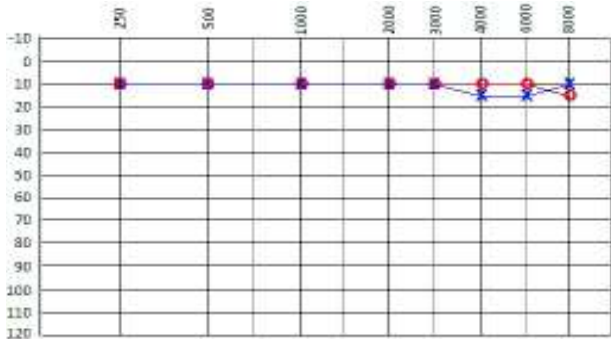
DIAGNÓSTICO CIE-10

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OTOSCOPIA

OD CAE ☐ Normal ☐ Anormal
MT

OI CAE
MT



Diagnóstico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		10	10		10		10	10	15	15	10
OD		10	10		10		10	10	10	10	15
VO OI											
OD											

NBN

WN

SN

Observaciones

"SU CAPACIDAD AUDITIVA ES ADECUADA PARA LA OCUPACION USO DE EPA EN ZONA DE RUIDO "

Dr. Oscar Aguas Aguas
FONOAUDIOLOGO
CRA 25 30B-48

OSCAR EDUARDO AGUAS AGUAS
Especialidad: FONOAUDIOLOGO
CC: 92033732 RM:



UNIMEDICAL DEL SUR SAS

Nit. 900556205 - 4
Dirección: CRA 25 30B-48
Tel: 3143264577

OPTOMETRIA

Fecha examen: 29/10/2025

Doc. Identidad	CC 1123200129	Nombre	JAIME HERNANDO FIGUEROA NOGUERA		Fecha Nacimiento.	20/01/1986	
Entidad	PARTICULAR	Edad	39 años		Ocupación		
H.C No 1123200129	Ingreso	☒	Periódico	☐	Retiro	☐	Caso Ocupacional ☐
	Post incapacidad	☐	Trabajo en alturas	☐	Control	☐	Ingreso al SVE ☐
Empresa	PARTICULAR		Cargo	Antigüedad del cargo			
Fondo de Pensión	EPS NUEVA EPS SA		ARL				

ANAMNESIS

Último Examen Visual Usa anteojos: SI ☐ NO ☒ VL ☐ VP ☐ PC ☐ Bifocal ☐

Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☐ Ocasional ☐

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ☐ NO ☐ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual ?

Accidentes oculares SI ☐ NO ☒ Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático ☐ Disminución visual de cerca ☒ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐

Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐

Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				20/20	175M
OI				20/20	175M
AO				20/20	

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			•	
OI			•	

EXAMEN EXTERNO

Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival ☐	Pterigio N ☐	Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival ☐	Pterigio N ☐
Pterigio T ☐	Pinguécula ☐	Nevus ☐	Pterigio T ☐	Pinguécula ☐	Nevus ☐
Blefaritis ☐	Secreción ☐	Leucoma Corneal ☐	Blefaritis ☐	Secreción ☐	Leucoma Corneal ☐
Ptos palpebral ☐	Otros: HIPEREMIA LEVE EN ZONAS EXP		Ptos palpebral ☐	Otros: HIPEREMIA LEVE EN ZONAS EXP	

MOTILIDAD OCULAR

VL: VP: HISHBERG:

Ducciones: Versiones: PPC:

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confor.
OD	Normal ☒ Discromatopsia ☐ Ceguera al color ☐		
OI	Normal ☒ Discromatopsia ☐ Ceguera al color ☐		

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Emetropía	☐	☐
Ametropía	☐	☐
Disminución visual	☐	☐
Otros:		

INTERPRETACIÓN

No requiere corrección óptica	☐	☐
Defecto refractivo adecuadamente corregido	☐	☐
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	☐	☐
Defecto refractivo no corregido	☒	☒
Gafas no formuladas	☐	☐

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ☐ Valoración por oftalmología ☐

Control Visiometría ☐

RETINOSCOPIA

Refracción:	Subjetivo:	DP:
Esfera Cilindro Eje	Esfera Cilindro Eje	AV ADD
OD	OD	
OI	OI	

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H520 HIPERMETROPIA

CONCEPTO

☒ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

RECOMENDACIONES

SE INDICA FORMULA PARA VISION PROXIMA DEBIDO A DEMANDA VISUAL EN ACTIVIDADES CERCANAS (LECTURA, TRABAJO EN COMPUTADOR Y ESCRITURA).

OBSERVACIONES

SE INDICA FORMULA PARA VISION PROXIMA DEBIDO A DEMANDA VISUAL EN ACTIVIDADES CERCANAS (LECTURA, TRABAJO EN COMPUTADOR Y ESCRITURA).

PRE- PRESBICIA



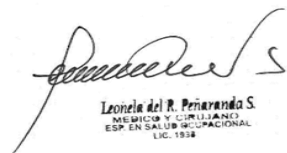
LINA NIÑO CORAL
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 35196698 RM:



VALIDACIÓN CONCEPTO MÉDICO LABORAL SENA

Fecha	3/11/2025
-------	-----------

Nombre y apellidos	JAIME HERNANDO FIGUEROA NOGUERA
Identificación	1123200129
Cargo	INSTRUCTOR
Concepto médico laboral SENA	Validacion de Concepto de aptitud presentado por el contratista en mencion, emitido por la IPS UNIMEDICAL DEL SUR con fecha del 29/10/2025, el contratista, cumple con los documentos del perfil solicitados en la circular 3-2025-000017 de Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales como contratista, en el rol de INSTRUCTOR. En calidad de Dinamizadora del eje de medicina Preventiva y del trabajo del SENA Regional Putumayo, valido este concepto de aptitud para esta vigencia 2025. De acuerdo a las recomendaciones del medico evaluador, se conceptua apta para el cargo. Autocuidado visual,



Leonela del R. Peñaranda S.
MÉDICO Y CUMPLANES
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. 1938

Leonela Del Rocio Peñaranda Sanchez
Médico laboral
Lic S.O 1938



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-5

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL BOGOTÁ			COD.SUC 11		NO.POLIZA 11-44-101268992		ANEXO 0		
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
06 11 2025			05 11 2025			00:00	17 04 2026			23:59	EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL FIGUEROA NOGUERA, JAIME HERNANDO	IDENTIFICACIÓN CC: 1123.200.129
DIRECCIÓN: CL 15 NRO. 29 - 15 BRR EL RECREO	CIUDAD: PUERTO ASIS, PUTUMAYO TELÉFONO: 3223066500

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL PUTUMAYO	IDENTIFICACIÓN NIT: 898.988.034-1
DIRECCIÓN: KR 23 NRO. 16 A - 6	CIUDAD: MOCOA, PUTUMAYO TELÉFONO 4227376

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN EC00108, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO SEGUN CONTRATO No. 0499-2025, CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE FORMACION, ASI COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE RECURSOS. LO ANTERIOR DE ACUERDO CON EL PROCESO DE GESTION DE FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, EN LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON EL PERFIL DEL INSTRUCTOR Y DE ACUERDO CON PROGRAMACION REALIZADA POR EL CENTRO, EN LA OFERTA DEL PROGRAMA DE FORMACION REGULAR Y PULL POPULAR DEL CENTRO AGROPECUARIO Y ACUICOLA ARAPAIMA DEL SENA REGIONAL PUTUMAYO, DE ACUERDO CON LA ZONA ASIGNADA EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	05/11/2025	17/04/2026	\$764,514.70

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****20,000.00	\$ *****8,000.00	\$ *****5,320.00	\$ *****33,320.00	\$ *****764,514.70	CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ASINPETROL LIMITADA ASSESORES DE SEC	83052	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTÁ, D.C.

11-44-101268992

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.						SUCURSAL BOGOTÁ						COD.SUC 11		NO.PÓLIZA 11-44-101268992		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA			A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO				
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			DÍA	MES	AÑO							
06	11	2025	05	11	2025	00:00		17	04	2026	23:59		EMISION ORIGINAL				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL FIGUEROA NOGUERA, JAIME HERNANDO								IDENTIFICACIÓN CC: 1123.200.129			
DIRECCIÓN: CL 15 NRO. 29 - 15 BRR EL RECREO						CIUDAD: PUERTO ASIS, PUTUMAYO			TELÉFONO: 3223066500		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL PUTUMAYO								IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1			
DIRECCIÓN: KR 23 NRO. 16 A - 6						CIUDAD: MOCOA, PUTUMAYO			TELÉFONO: 4227376		

ADICIONAL:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias



Seguros del Estado
Cuenta Convenio 47189



Seguros del Estado
Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA \$ *****20,000.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****8,000.00	IVA \$ *****5,320.00	TOTAL A PAGAR \$ *****33,320.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****764,514.70	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ASINPOTROL LIMITADA ASESORES DE SSC	83062	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-6074 - TELÉFONO: 2180903 - BOGOTÁ, D.C.

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



REFERENCIA
PAGO:

1100063086748-7

[415] 7709998021167 [8020] 11000630867487 (3900) 00000033320 (96) 20261105

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-5

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza N° 101268992, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTA, D.C. a los 06 días del mes de NOVIEMBRE de 2025

11-44-101268992

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



Hace constar:

Que el Sr(a) JAIME HERNANDO FIGUEROA NOGUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1123200129 realizó el día 14/11/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JAIME HERNANDO FIGUEROA NOGUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1123200129 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) JAIME HERNANDO FIGUEROA NOGUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1123200129 el día 24/11/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA