

EPS



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **EDWIN CAMILO SOTELO GOMEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1075673937** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1075673937
NOMBRES Y APELLIDOS	EDWIN CAMILO SOTELO GOMEZ
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	COMPAÑERO (A) PERMANENTE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	19/06/2024
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	1036
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	30

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 05/08/2025

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

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

**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:

EDWIN CAMILO SOTELO GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.075.673.937**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Agosto del 2025.

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.



SABSALUD IPS S.A.S.

Nit: 901536005-6

Dirección: Cra 6#7-94 barrio centro

Cel: 300 834 6960

Email: infosabsalud@gmail.com

Zipaquira - cundinamarca



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 183

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
19 DÍA	10 MES	2024 AÑO	ZIQAUIRÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) <small>Ciudad</small>	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES					
Nombre de la empresa				Empresa en misión					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)									
SOTELO GOMEZ EDWIN CAMILO <small>Apellidos y Nombres</small>				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		30 AÑOS 1 MESES 18 DÍAS		CC	
Cargos				Tipo		Número			
INSTRUCTOR									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO QUE NO IMPIDE REALIZAR LABOR ASIGNADA									
Observaciones: <i>NO APLICA</i>									
APTO		PARA DESARROLLAR LA LABOR ASIGNADA							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE PREINGRESO/INGRESO				✓		VISIOMETRIA		✓	
AUDIOMETRÍA TONAL				✓		-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ASIGNADOS A SU LABOR.			CONTROL DE PESO			
						HACER DEPORTE			
						DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
Médico				Aspirante o Trabajador					
Firma: _____				Firma: _____					
Nombre: NIETO GARCIA CAMILA				Nombre: SOTELO GOMEZ EDWIN CAMILO					
R. M.: 1075668859		L.S.O.: 25-0237		Código de Seguridad		CC: 1075673937			
				K1482Q1W183					


DATOS PERSONALES

Atención N°: 85

Fecha: 19/10/2024 Ciudad: ZIPAQUIRÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)
 Tipo Exámen: EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Eps: _____
 CC: 1075673937 Nombre: SOTELO GOMEZ EDWIN CAMILO Edad: 30 AÑOS 1 MESES 18 DÍAS Genero: MASCULINO
 Fecha Nacimiento: 01/09/1994 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INSTRUCTOR

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

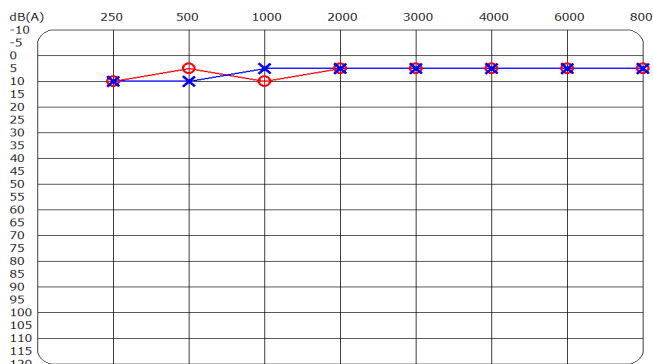
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : _____ Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
 Marca y Referencia audiómetro utilizado: AMPLIVOX 116 F. Ultima Calibración: 2023-08-20

○ : Via aérea del OD ✕ : Via aérea del OI
 < : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)


OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	5	10	5	5	5	5	5
VAOI	10	10	5	5	5	5	5	5

PTA Oído derecho: 6.25

PTA Oído izquierdo: 6.25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION
OBSERVACION


CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL. AUTO CUIDADO AUDITIVO

FONOAUDIÓLOGO

Firma:



 Nombre: RINCON TORRES DIANA MILENA

 R. M.: 35423678

L.S.O.: _____



Código de Seguridad

J1482P2V85
TRABAJADOR

Firma:



 Nombre: SOTELO GOMEZ EDWIN CAMILO

CC

1075673937

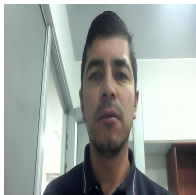


DR JUAN MANUEL FAJARDO GONZALEZ

NIT: 79858938-3

CONTACTOS
8826738 - 3118621610
fajardo_juan@hotmail.com
Calle 5 # 10 A - 15 Consultorio 211
Zipaquirá (Cundinamarca)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: EDWIN CAMILO SOTELO GOMEZ			GÉNERO: Masculino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 1075673937	FECHA NACIMIENTO: 01/09/1994	EDAD: 30 año(s) 2 mes(es) 5 día(s)
EMPRESA CONTRATANTE: INDEPENDIENTE		TIPO EXAMEN: Ingreso	
CARGO DESEMPEÑAR: INSTRUCTOR	JORNADA TRABAJO: Diurno	FECHA: 06/11/2024	

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES				Ninguna
1.1. Remisión a EPS		1.3. Completar esquema vacunación	1.5. Suspender tabaquismo	X 1.7. Control de peso y nutrición
1.2. Continuar manejo médico	X	1.4. Inicio o continuar actividad física	1.6. Reducir consumo de alcohol	1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				Ninguna	
2.1. Calificación de origen		2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X	2.7. Pausas activas	2.9. Uso diario de bloqueador solar
2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	X	2.5. Uso de elementos de protección personal		2.8. Uso de corrección visual	2.10. Otros
2.3. Seguimiento por ARL	X	2.6. Pautas ergonómicas			

3. RESTRICCIONES				X No Aplica
3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts		3.4. Trabajos en temperaturas bajas	3.7. Trabajo en espacios confinados	3.10. Cargas
3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts		3.5. Trabajo en temperaturas altas	3.8. Para conducción de vehiculos	3.11. Viajes
3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos		3.6. Trabajos con riesgo eléctrico	3.9. Manipulación de alimentos	3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: Ingreso Periódico Retiro Post Incapacidad Cambio Cargo Trabajos Especiales

X	Concepto Sin Restricciones para el cargo	Sin Restricciones para trabajo eléctrico	Requiere evaluar reubicación laboral	Sin restricción para continuar su labor actual
	Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)	Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas	Requiere nueva valoración	Sin diagnóstico de enfermedad laboral
	Aplazado	Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados	Satisfactorio	Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
	Sin Restricciones para manipulación de alimentos	Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria	Enfermedades de origen común	Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
	Sin Restricciones para trabajo en alturas			

5. EXÁMENES REALIZADOS

	Examen Físico	Rx Tórax	Perfil Lipídico	TSH	Frotis Faringeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular	Rx Columna Lumbo Sacra	Perfil Hepático	Serología	KOH Uñas
	Audiometría	Cuadro Hemático	Perfil Renal	Ácido Úrico	Coprológico
	Optometría	Glicemia	Frotis Sangre Periférica	Tamizaje Drogas	Baciloscopia
	Espirometría	Electrocardiograma	Hemoclasificación	Alcohol	X Evaluación Neuropsicológica
	Visiometría	Parcial de Orina	Psicosensométrico	Colinesterasa	Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO ANUAL.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Dr. Juan Manuel Fajardo G.
Médico Laboral - E.S.O.
L.S.O. 4187/19

JUAN MANUEL FAJARDO GONZALEZ
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 252040/2000
Licencia Salud Ocupacional: 4187-2019

PACIENTE:

Edwin Camilo Sotelo Gomez

EDWIN CAMILO SOTELO GOMEZ



Nombre: **EDWIN SOTELO**

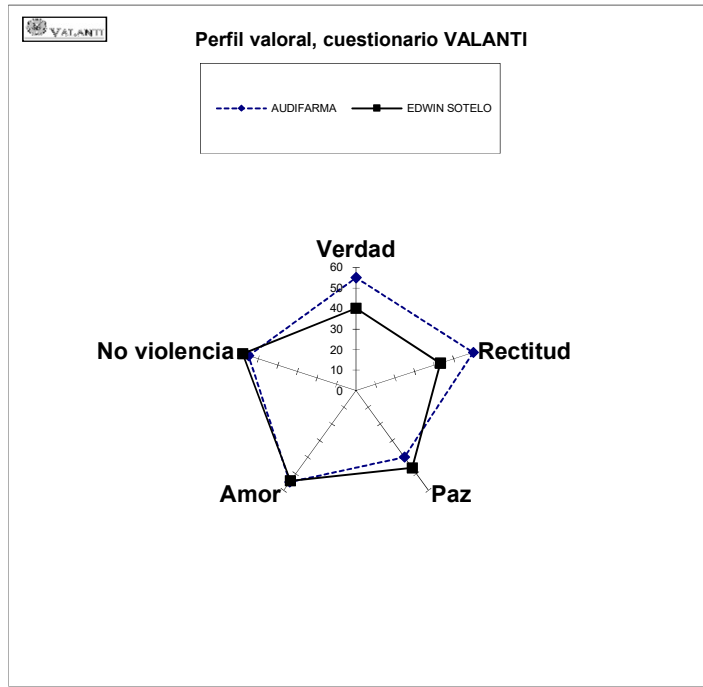
Edad: **30** Sexo: **M**

Cargo: **INSTRUCTOR**

Estudios:

1	2	1	6-nov-24
2	1	2	
3	0	3	
4	3	0	
5	0	3	
6	2	1	
7	2	1	
8	1	2	
9	3	0	
10	3	0	
11	3	0	
12	3	0	
13	3	0	
14	0	3	
15	3	0	
16	0	3	
17	3	0	
18	3	0	
19	0	3	
20	3	0	
21	0	3	
22	0	3	
23	3	0	
24	0	3	
25	3	0	
26	0	3	
27	3	0	
28	3	0	
29	0	3	
30	3	0	

Valor	Verdad	Rectitud	Paz	Amor	No violencia
Promedio Normas nacionales, 1997 (n=730)	15,65	21,05	17,35	16,68	21,22
Desviación Standar Normas nacionales, 1997 (n=730)	4,70	4,44	6,61	5,41	7,19
Puntajes directos	11	18	15	19	27
AUDIFARMA	55	60	40	55	55
EDWIN SOTELO	40	43	46	54	58
Interpretación del puntaje estándar	Promedio Bajo	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Alto	Promedio Alto
	***	***	****	*****	*****
Distancia con la Organización	-15	-17	6	-1	3



El área espiritual (Valor NO VIOLENCIA) es la más importante para EDWIN SOTELO. El área menos importante es la intelectual (Valor VERDAD).

El predominio del valor verdad no es fundamental. La parte intelectual de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

La importancia del valor rectitud no es fundamental. La parte física de sus valores es colocada en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

Impacta en su vida el amor un poco más que al resto de la gente. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

Valora la no violencia un poco más que el resto de la gente. Resalta la parte espiritual de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

Es ilegal copiar este software © Octavio Escobar



SABSALUD IPS S.A.S.

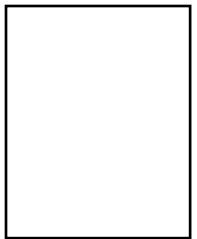
Nit: 901536005-6

Dirección: Cra 6#7-94 barrio centro

Cel: 300 834 6960

Email: infosabsalud@gmail.com

Zipaquira - cundinamarca



EXAMEN DE VISIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 79

Fecha: 19/10/2024 Municipio: ZIQAQUIRÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) CC: 1075673937 Nombre: SOTELO GOMEZ EDWIN CAMILO Edad: 30 AÑOS 1
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR Empresa: PARTICULARES
Eps: Tipo Evaluación Medica: EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTI F. Último Examen: NO RECUERDA
Lugar del Último Examen: NO RECUERDA Motivo Consulta: EXAMEN VISUAL OCUPACIONAL DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A	
O.I:	NO APLICA	20/20	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A	
A.O:	NO APLICA	20/20	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A	

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

Firma: _____
Nombre: DUARTE ANGEL DORA ELIZABETH
R. M.: 35418460 L.S.O.:



Código de Seguridad
X1482D3J79

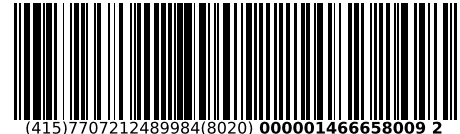
PACIENTE

Firma: _____
Nombre: SOTELO GOMEZ EDWIN CAMILO
CC: 1075673937

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14666580092



(415)7707212489984(8020) 000001466658009 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 7 5 6 7 3 9 3 7

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 7 5 6 7 3 9 3 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

Zipaquirá

8 9 9

31. Primer apellido

SOTELO

32. Segundo apellido

GOMEZ

33. Primer nombre

EDWIN

34. Otros nombres

CAMILO

35. Razón social

36. Nombre comercial

DISCOTECA LA NASA

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Nemocón

4 8 6

41. Dirección principal

CL 4 5 34

42. Correo electrónico

edwin.sotelo@mail.escuelaing.edu.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 4 3 2 0 4 1 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 5 5 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8, 1 0, 1 5

Actividad secundaria

48. Código

9 3 2 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 8, 1 0, 1 0

Otras actividades

50. Código

5 6 3 0

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

1

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	4	9	5	0																					

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

Usuarios aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

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

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:

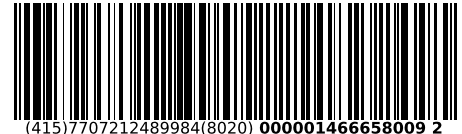
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14666580092



(415)7707212489984(8020) 000001466658009 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 7 5 6 7 3 9 3 7	6. DV 7	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico 3 2
---	------------	--	------------------------------

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza <input type="checkbox"/>	63. Formas asociativas <input type="checkbox"/>	64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados <input type="checkbox"/>
65. Fondos <input type="checkbox"/>	66. Cooperativas <input type="checkbox"/>	67. Sociedades y organismos extranjeros <input type="checkbox"/>
68. Sin personería jurídica <input type="checkbox"/>	69. Otras organizaciones no clasificadas <input type="checkbox"/>	70. Beneficio <input type="checkbox"/>

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	
71. Clase	0 9		82. Nacional _____ %
72. Número			83. Nacional público _____ %
73. Fecha			84. Nacional privado _____ %
74. Número de notaría			85. Extranjero _____ %
75. Entidad de registro	0 3		86. Extranjero público _____ %
76. Fecha de registro	2 0 1 8 1 0 1 0		87. Extranjero privado _____ %
77. No. Matrícula mercantil	0 3 0 2 4 0 5 7		
78. Departamento	1 1		
79. Ciudad/Municipio	4		
Vigencia			
80. Desde			
81. Hasta			

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

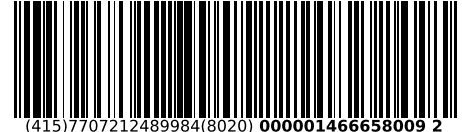
Vinculación económica

93. Vinculación económica <input type="checkbox"/>	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14666580092



(415)7707212489984(8020) 000001466658009 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 7 5 6 7 3 9 3 7 7

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci	0 2	161. Actividad económica Otras actividades recreativas y de esparcimiento n.c.p.	9 3 2 9
162. Nombre del establecimiento DISCOTECA LA NASA			
163. Departamento Cundinamarca	2 5	164. Ciudad/Municipio Nemocón	4 8 6
165. Dirección CL 4 5 34			
166. Número de matrícula mercantil	0 3 0 2 4 0 7 3	167. Fecha de la matrícula mercantil	2 0 1 8 1 0 1 0
168. Teléfono	3 2 0 4 3 2 0 4 1 7	169. Fecha de cierre	
2			
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento			
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección			
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono		169. Fecha de cierre	
3			
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:			
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección			
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono		169. Fecha de cierre	

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación 006E en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **EDWIN CAMILO SOTELO GOMEZ** identificado con **CC No. 1075673937**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 15/08/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 15/08/2025 Fecha fin de Contrato: 23/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de 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 para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá a los 21 días del mes de agosto de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

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

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS