

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 289495814



PIB

22:17:29

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ROSA ISABEL JARAMILLO GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1124536341:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

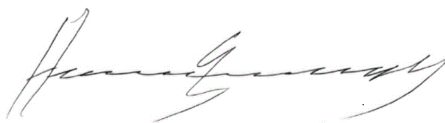
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 21 de enero de 2026, a las 21:57:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1124536341             |
| Código de Verificación | 1124536341260121215733 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:58:44 PM horas del 21/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1124536341**

Apellidos y Nombres: **JARAMILLO GARCIA ROSA ISABEL**

### NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75  
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y  
2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)





## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/01/2026 10:06:59 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1124536341** y Nombre: **ROSA ISABEL JARAMILLO GARCIA.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **133171416** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

Información

515 9000

**Dios y  
Patria**

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA****GOV.CO**



## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

### CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1124536341 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 21/01/2026 11:10 PM



Código Verificación: **4S83HTPZY5**

Válida hasta: **22/04/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**



Riohacha, enero 21 de 2026

El abajo aquí firmante identificado/a 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 **Gobernación de la Guajira con NIT. 892.115.015-1**, 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 **Gobernación de la Guajira** podrá cada cuatro (4) meses realizar la misma consulta, esto es a partir del inicio de esta y mientras se encuentre vigente.

AUTORIZA

*Rosa Jaramillo*

**ROSA ISABEL JARAMILLO GARCIA**

C.C N° 1.124.536.341

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 00:31:14 horas del 22/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1124536341**,  
Apellidos y Nombres **JARAMILLO GARCIA ROSA ISABEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Gobernación de la Guajira** , con NIT **892115015-1** 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>



## EL DIRECTOR GENERAL

**CERTIFICA:**

1. Que ROSA ISABEL JARAMILLO GARCIA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 1124536341, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA AMBIENTAL con MATRICULA PROFESIONAL 101021-0810848 GJA desde el 21 de Enero de 2026, otorgado(a) mediante Resolución Nacional RN2026NALA002060.
2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.
3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**
4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.
5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los veintiuno (21) días del mes de Enero del año dos mil veintiseis (2026).

**Rubén Darío Ochoa Arbeláez**

Firmal del titular (\*)

(\*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.

Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web [https://tramites.copnia.gov.co/Copnia\\_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart](https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart) indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.



**ANAS WAYUU EPSI****EL SUSCRITO  
JEFE DE ASEGURAMIENTO  
ANAS WAYUU EPSI  
CERTIFICA:**

Que JARAMILLO GARCIA ROSA ISABEL identificada con CC 1124536341, carné número 141263 es usuario ACTIVO del régimen CONTRIBUTIVO en calidad de Cotizante, Categoría A de la ANAS WAYUU EPSI en el municipio de URIBIA, departamento de LA GUAJIRA a partir del 22 del mes de Enero de 2026

La red de servicios médicos que lo atiende es,

**SERVICIOS MÉDICOS**

| No | Servicio                                 | Prestador                                          |
|----|------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1  | IPS PRIMARIA (C)                         | IPSI SUPULA WAYUU-02                               |
| 2  | IPS COMPLEMENTARIA - MEDIANA COMPLEJIDAD | ESE HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO-01                 |
| 3  | IMAGENOLOGIA                             | UNIDAD MEDICA RADIOLOGICA DEL CARMEN - LABORATORIO |
| 4  | IPS COMPLEMENTARIA - ALTA COMPLEJIDAD    | CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE-01                    |

Dado en RIOHACHA a los 23 días del mes de Enero de 2026.

**DANIEL TEHERAN SANGREGORIO  
JEFE DE ASEGURAMIENTO**

Impreso: 23 Jan 2026 16:20:50 por ALMA LUZ RINCON AGUILAR

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



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

Página 1 de 2

| No. De Radicación                                                                                                                                      |  | Fecha de Radicación                                                                                                                 |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------|----------------|--|--|
|                                                                                                                                                        |  | 2                                                                                                                                   | 2                | 0                                                                               | 1 | 2                                                                     | 0 | 2                                                                   | 6              |  |  |
| <b>I. DATOS DEL TRAMITE</b> (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)                                      |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 1. Tipo de Trámite                                                                                                                                     |  | 2. Tipo de Afiliación                                                                                                               |                  |                                                                                 |   | 3. Régimen                                                            |   |                                                                     |                |  |  |
| A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>                                                        |  | A. Individual : <input checked="" type="checkbox"/> Cotizante o Cabeza de Familia                                                   |                  |                                                                                 |   | A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>                   |   |                                                                     |                |  |  |
|                                                                                                                                                        |  | B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>               |                  |                                                                                 |   | B. Subsidiado <input type="checkbox"/>                                |   |                                                                     |                |  |  |
| 4. Tipo de afiliado                                                                                                                                    |  | 5. Tipo de cotizante                                                                                                                |                  |                                                                                 |   | Código (a registrar por la EPS)                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>                      |  | A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| <b>II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)</b>                                                                         |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 6. Apellidos y nombres                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| Jaramillo                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                     | Garcia           |                                                                                 |   | Rosa                                                                  |   |                                                                     | Isabel         |  |  |
| Primer apellido                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                     | Segundo apellido |                                                                                 |   | Primer Nombre                                                         |   |                                                                     | Segundo Nombre |  |  |
| 7. Tipo de documento de identidad                                                                                                                      |  | 8. Número del documento de identidad                                                                                                |                  | 9. sexo                                                                         |   | 10. Fecha de nacimiento                                               |   |                                                                     |                |  |  |
| CC                                                                                                                                                     |  | 1124536341                                                                                                                          |                  | Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |   | 2 5 1 1 1 9 9 9                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| <b>III. DATOS COMPLEMENTARIOS</b>                                                                                                                      |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| <b>Datos personales</b>                                                                                                                                |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 11. Etnia                                                                                                                                              |  | 12. Discapacidad                                                                                                                    |                  | 13. Puntaje SISBEN                                                              |   | 14. Grupo de población especial                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| Wayuu                                                                                                                                                  |  | Tipo F N M Condición T P                                                                                                            |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL                                                                                                          |  | 16. Administradora de Pensiones                                                                                                     |                  |                                                                                 |   | 17. Ingreso base de cotización - IBC                                  |   |                                                                     |                |  |  |
|                                                                                                                                                        |  | Colpensiones                                                                                                                        |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 18. Residencia                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| calle 14a #14-06                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                     |                  | 3024602889                                                                      |   |                                                                       |   | rosaisabeljaramillo20@gmail.com                                     |                |  |  |
| Dirección                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                     |                  | Teléfono Fijo                                                                   |   | Teléfono celular                                                      |   | Correo electrónico                                                  |                |  |  |
| Uribia                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                     |                  | Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>  |   | Abuchaive                                                             |   | La Guajira                                                          |                |  |  |
| Municipio/Distrito                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                     |                  | Localidad/Comuna                                                                |   | Departamento                                                          |   |                                                                     |                |  |  |
| <b>IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR</b>                                                                                 |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| <b>Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante</b>                                                                |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>            |   | D D M M A A A A                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| <b>Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales</b>                                                             |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 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 documento de identidad                                                                                               |                  | 27. Sexo                                                                        |   | 28. Fecha de nacimiento                                               |   |                                                                     |                |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                     |                  | Femenino Masculino                                                              |   | D D M M A A A A                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 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                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| <b>Datos complementarios</b>                                                                                                                           |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 29. Parentesco                                                                                                                                         |  | 30. Etnia                                                                                                                           |                  | 31. Discapacidad                                                                |   | Condición                                                             |   |                                                                     |                |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                     |                  | F N M                                                                           |   | T P                                                                   |   |                                                                     |                |  |  |
| B1                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| B2                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| B3                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| B4                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| B5                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 32. Datos de residencia                                                                                                                                |  | Zona                                                                                                                                |                  | Departamento                                                                    |   | Telefono Fijo y/o Celular                                             |   | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |                |  |  |
| Municipio/Distrito                                                                                                                                     |  | Urbana Rural                                                                                                                        |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| B1                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| B2                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| B3                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| B4                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| B5                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| <b>Selección de la IPS Primaria</b>                                                                                                                    |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS                                                                                    |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   | Código de la IPS (a registrar por la EPS)                           |                |  |  |
| C                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| B                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| B                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| <b>V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO</b> |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| 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) |   |                                                                     |                |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                     |                  |                                                                                 |   |                                                                       |   |                                                                     |                |  |  |
| Dirección                                                                                                                                              |  | Teléfono                                                                                                                            |                  | Correo electrónico                                                              |   | Municipio/Distrito                                                    |   | Departamento                                                        |                |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>40. Tipo de Novedad</b><br><input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.<br>Código <input style="width: 50px;" type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.<br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales<br><input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.<br><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas<br><input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas<br><input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo<br><input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen<br><input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre- pensionado<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>41. Datos básicos de identificación</b><br><table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Segundo Nombre</td> </tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">Tipo de documento de identidad <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="width: 25%;">Número del documento de identidad</td> <td style="width: 10%;">Sexo   Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%;">Fecha de nacimiento <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table></td> <td style="width: 25%;">42. Fecha <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           | Primer apellido                                                                                                                                                                                                                                                 | Segundo apellido | Primer nombre                                             | Segundo Nombre                                    | Tipo de documento de identidad <input style="width: 50px;" type="text"/> | Número del documento de identidad | Sexo   Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | Fecha de nacimiento <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table> | D                                                                                                                                                               | D | M | M | A | A | A | A | 42. Fecha <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table> | D | D | M | M | A | A | A | A |
| Primer apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Segundo apellido                                                  | Primer nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Segundo Nombre                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Tipo de documento de identidad <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Número del documento de identidad                                 | Sexo   Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fecha de nacimiento <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table> | D                                                                                                                                                                                                                                                               | D                | M                                                         | M                                                 | A                                                                        | A                                 | A                                                                           | A                                                                                                                                                                         | 42. Fecha <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table> | D | D | M | M | A | A | A | A                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |
| D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | D                                                                 | M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | M                                                                                                                                                                         | A                                                                                                                                                                                                                                                               | A                | A                                                         | A                                                 |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | D                                                                 | M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | M                                                                                                                                                                         | A                                                                                                                                                                                                                                                               | A                | A                                                         | A                                                 |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 43. EPS anterior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   | 44. Motivo de traslado<br>Código <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 49. Declaración de no intemeción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.                                                            |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>VIII. FIRMAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <br>54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>IX. ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad     CN   RC   TI   CC   PA   CE   CD   SC<br>Cantidad : <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px; value: 1;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Total <input style="width: 50px; value: 1;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.<br><input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas<br><input type="checkbox"/> 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. |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 66. Identificación de la Entidad Territorial<br><table style="width: 100%;"> <tr> <td>Código del Municipio <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td>Código del Departamento <input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   | Código del Municipio <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Código del Departamento <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                         | 67. Datos del SISBÉN<br><table style="width: 100%;"> <tr> <td>Número de ficha <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td>Puntaje <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td>Nivel <input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </table> |                  | Número de ficha <input style="width: 50px;" type="text"/> | Puntaje <input style="width: 50px;" type="text"/> | Nivel <input style="width: 50px;" type="text"/>                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Código del Municipio <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Código del Departamento <input style="width: 50px;" type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Número de ficha <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Puntaje <input style="width: 50px;" type="text"/>                 | Nivel <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   | 68. Fecha de radicación <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                           | D                                                                                                                                                                                                                                                               | D                | M                                                         | M                                                 | A                                                                        | A                                 | A                                                                           | A                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | D                                                                 | M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | M                                                                                                                                                                         | A                                                                                                                                                                                                                                                               | A                | A                                                         | A                                                 |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   | 69. Fecha de validación <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                           | 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 <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Número del documento de identidad                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                           |                                                   |                                                                          |                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |

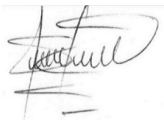
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ROSA ISABEL JARAMILLO GARCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1124536341**, se encuentra afiliado/a desde **22/01/2026** 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 22 de enero de 2026.



**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.

Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

|                                           |
|-------------------------------------------|
| Datos de la Entidad Estatal/Proveedor     |
| Áreas de interés                          |
| Configuración Entidad Estatal / Proveedor |
| Administración de usuarios                |
| Recomendaciones (no disponible)           |
| Biblioteca de documentos                  |
| Suscripción a notificaciones              |

Editar datos resumen

Editar datos completos

Información general

|                                  |                                                         |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Logo de la entidad               | <div><div>Compradores</div><div>Proveedores</div></div> |
| Nombre de la entidad             | ROSA ISABEL JARAMILLO GARCIA                            |
| Nombre abreviado                 | ROSA ISABEL JARAMILLO GARCIA                            |
| Fecha de creación                | 22/01/2026 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)            |
| País de origen                   | COLOMBIA                                                |
| Tipo de documento                | Cédula de Ciudadanía                                    |
| Número de documento              | 1124536341                                              |
| Tipo Entidad Estatal / Proveedor | Persona Natural colombiana                              |
| Código UNSPSC                    |                                                         |
| Zona horaria                     |                                                         |
| Idioma                           |                                                         |
| Moneda por defecto               |                                                         |
| País                             | COLOMBIA                                                |
| Ciudad                           | La Guajira                                              |
| Municipio                        | Uribia                                                  |

Información de contacto

|                                                 |                                 |      |          |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|------|----------|
| Dirección                                       | CL 14 A 14-6                    |      |          |
| Código postal                                   | 441020                          |      |          |
| Teléfono de oficina                             | 3024602889                      |      |          |
| Fax de oficina                                  |                                 |      |          |
| Correo electrónico de la oficina                | rosaisabeljaramillo20@gmail.com |      |          |
| Correo electrónico para notificaciones SECOP II | rosaisabeljaramillo20@gmail.com |      |          |
| Dirección                                       | Estado                          | País | Teléfono |

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

|                |
|----------------|
| Página web     |
| Facebook       |
| URL linkedin   |
| URL de youtube |
| Twitter URL    |

Contacto principal

|        |                              |
|--------|------------------------------|
| Título |                              |
| Nombre | ROSA ISABEL JARAMILLO GARCIA |
| Cargo  |                              |



**Teléfono**

**Móvil** 3024602889

**Fax**

**Correo electrónico** rosaisabeljaramillo20@gmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

| Año fiscal | Ingresos | Ebitda | Número de empleado |
|------------|----------|--------|--------------------|
|------------|----------|--------|--------------------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados