FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SOS Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	29 01 2026

I. Datos del tramite

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

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☑ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Vasco	Segundo Apellido: Garcia	Primer Nombre: Juan	Segundo Nombre: David

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento		15. Fecha de nacimiento
CC	1006435350	Femenino ☐ Masculino ☑	F ☐ M ☑ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	Colombiano	País: Colombia	Departamento: Valle	Municipio: Yumbo	23/11/2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de Población Especial
		SI ☐ No ☑ Categoría de la discapacidad:	SI ☑ No ☐	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
	Porvenir	1750905	

26. Residencia					
Dirección: Calle 11B 11-46	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3183840665	Correo Electrónico:	Zona: Cabecera municipal ☑ Centro Poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐	
Departamento: Valle	Municipio: Yumbo	Comuna: Urbe			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál		País	Departamento	Municipio	DD/MM/AAAA

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

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

	36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo Identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Departamento	Municipio	DD / MM / AAAA
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios del beneficiario

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

51. Datos de Residencia

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

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Comfandi Yumbo	011
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

Scanned with CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de Identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de Identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☑ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o perdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
- ☐ 15. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
- ☐ 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del tramite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo Identificación	64. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	DD / MM / AAAA	Código:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☑ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☑ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☑ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☑ 75. 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.
- ☑ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad:	Número del documento de Identidad:

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de indentidad anexos — CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Numero de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD / MM/ AAAA	DD / MM/ AAAA

OBSERVACIONES:

Radicado Asesor 2234

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

FT-GEC-AF-008

Scanned with CamScanner

SOS Servicio Occidental de Salud	**ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS**	**Código** FT-GEC-AF-010 **Versión:** 1 **Fecha de actualización:**

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

Inicio vigencia del afiliado	01	10	2024	Código Asesor	2234	Sucursal	001	Ciudad/Municipio	Cali

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI ✓ NO ____

Correo Electrónico: davidgar1128@gmail.com

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

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

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✓	
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✓	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✓	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	✓	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✓	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recopilados a través de este formulario serán utilizados en cumplimiento a la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en consecuencia, la utilización de estos datos se limita exclusivamente a la prestación del servicio de salud y a las actividades derivadas de este servicio. Esto incluye el envío de comunicaciones por cualquier medio físico, comunicación convencional, otros medios de mensajería instantánea, bots y la incorporación de tecnologías emergentes que permitan mejorar la comunicación para la protección de sus derechos del afiliado y su grupo familiar. Adicionalmente, los datos personales se utilizarán para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, tales como la entrega de información a organismos y entidades de control, el acceso a datos de otros actores del SGSSS para la prestación de servicios de salud, el cumplimiento de deberes normativos vigentes y la actualización de datos relacionados con los servicios proporcionados por los proveedores de salud. También se utilizarán para llevar a cabo actividades de promoción y prevención, vacunación y otras acciones derivadas de nuestras responsabilidades en el Sistema de Salud, conforme a la normativa aplicable. Para lo anterior, la organización podrá emplear tecnologías emergentes para optimizar el procesamiento y análisis de los datos, sin que esto implique la generación de decisiones automatizadas.

Al marcar la casilla de aceptación, usted autoriza el uso de sus datos personales para: Realizar comunicaciones con fines comerciales, de mercadeo, ventas y mejora de la experiencia del usuario, a través de diversos medios físicos, virtuales y/o telefónicos, como correo electrónico, mensajes de texto (SMS/MMS), mensajes de voz, WhatsApp, redes sociales y otros canales que resulten útiles para promocionar productos o servicios de la EPS, así como los de sus aliados comerciales y estratégicos; Transmitir datos a nivel nacional o internacional a terceros, de acuerdo con la normatividad vigente y para las finalidades previamente autorizadas; Llevar a cabo investigaciones de mercado, analizar el perfil comercial o transaccional de los titulares de los datos, realizar telemercadeo, elaborar encuestas de satisfacción y llevar a cabo entrevistas de opinión; Compartir información personal no sensible con aliados comerciales o estratégicos mediante transferencias, para que estos puedan utilizarla para las mismas finalidades autorizadas en esta Política; Realizar estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias de mercado y cualquier otro estudio relacionado con el sector o la prestación de servicios; Crear bases de datos de acuerdo con las características y perfiles de las personas, conforme a lo establecido en la ley; Utilizar los datos para mejorar la implementación de procesos y la prestación de servicios o productos adquiridos u ofrecidos; Realizar procesos de análisis de datos y big data con el fin de optimizar la prestación de servicios y alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.

Si usted decide no marcar la casilla de aceptación, sus datos serán actualizados y utilizados únicamente para garantizar la prestación del servicio de salud y las actividades derivadas de este, incluida la operación del Programa de Equipos Básicos de Salud de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 del 2015 y el Decreto 780 del 2016, con el fin de no afectar o impedir el ejercicio de su derecho a la salud. Para conocer nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales y cómo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización y supresión, visite www.sos.com.co.

SI ☑ NO ☐

Firma del Cotizante : _____

C.C. N° 1006435350

Declaración de Convivencia

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

Firma del Cotizante
C.C N°:

Firma del Compañero(a)
C.C N°:

Scanned with CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre :

Institución Educativa
Alberto Mendoza Mayor

Reconocido Oficialmente por el Ministerio de Educación Nacional
según Resoluciones de Estudios N° 414 del 09 de Junio de 1999,
y No. 1885 del 5 de Septiembre de 2002

Confiere A:

Juan David Vasco García

Identificado(a) con la C.C. No. 1.006.435.350 de Yumbo - Valle

El Título de:

Bachiller
Técnico Comercial

Por haber Cursado y Aprobado los estudios correspondientes al nivel
de Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes.

Luz Marina Yepes Latorre
Rectora (E)

María Eugenia Valencia Barón
Secretaria

Dado en Yumbo - Valle a los 29 días del mes de Noviembre de 2019
No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994; del M.E.N.

Registrado en el Libro No. _____ Folio _____ Diploma No. _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
"ALBERTO MENDOZA MAYOR"
YUMBO - VALLE DEL CAUCA

DANE
176892000281
Inscripción
Jornada
DIURNA

Acta de Grado

En la ciudad de Yumbo a los **veintinueve** (29) días del mes de **Noviembre** del año **2019**, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rectora y Secretaria, en la rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA ALBERTO MENDOZA MAYOR**, sedes Liceo Comercial y Juan B. Palomino Institución aprobada hasta Undécimo grado en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional. Para otorgar el título de Bachiller en la modalidad Comercial según resoluciones No 414 de junio 09 de 1999 y la No 1885 del 05 de septiembre del 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Titulo de:

BACHILLER TÉCNICO COMERCIAL

Al graduando(a) cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

Juan David Vasco García
Identificado(a) con La C.C. No. 1.006.435.350 de Yumbo - Valle

Es fiel copia tomada del Acta original No **113** de fecha 29 de Noviembre de 2019.
Que consta de Doscientos un (201) estudiantes, que comienzan con el Nombre de **AGUIRRE HERRERA ANA CRISTINA**, y cierra con el nombre de **VARGAS MORENO NICOLL VANESSA.**
Firmada y sellada por **LUZ MARINA YEPES LATORRE** ; Rectora (E) y **MARÍA EUGENIA VALENCIA BARON**; Secretaria, a los veintinueve (29) días del mes de Noviembre de 2019.

No requiere registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1.994.

Luz Marina Yepes Latorre
Rectora (E)
C.C. Nº 31.911.719 de Cali - Valle

María Eugenia Valencia Barón
Secretaria
C.C. Nº 31.891.270 de Cali - Valle

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

JUAN DAVID VASCO GARCIA

Con Cedula de Ciudadania No. 1006435350

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el

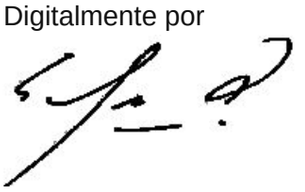
Título de

TÉCNICO EN

CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS

En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Yumbo.
a los trece (13) dias del mes de junio de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO
Subdirector CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS
REGIONAL VALLE

50526345 - 13/06/2022
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9311001625513CC1006435350C.

REGIONAL VALLE
CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 50526345 - 13/06/2022

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

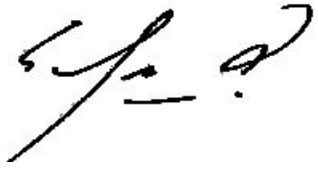
Que: JUAN DAVID VASCO GARCIA. Con Cedula de Ciudadania No. 1006435350

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS

En constancia de lo anterior se firma la presente en Yumbo. a los trece (13) dias del mes de junio de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO
Subdirector CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS
REGIONAL VALLE

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9311001625513CC1006435350A.

REGIONAL VALLE

EL CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS

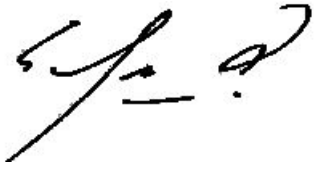
CERTIFICA

Que JUAN DAVID VASCO GARCIA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1006435350 de Yumbo, realizó y aprobó el programa de TÉCNICO EN CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS con las siguientes evaluaciones e intensidad horaria:

	EVAL	I.H.
Itinerario		
COMPRENDER TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y AUDITIVA	4.5 A	180
CONTABILIZAR OPERACIONES DE ACUERDO CON LAS NORMAS VIGENTES Y LAS POLÍTICAS ORGANIZACIONALES.	4.5 A	740
INVENTARIAR LOS MATERIALES, EQUIPOS Y ELEMENTOS, TENIENDO EN CUENTA LAS POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN.	4.5 A	140
PROMOVER LA INTERACCIÓN IDÓNEA CONSIGO MISMO, CON LOS DEMÁS Y CON LA NATURALEZA EN LOS CONTEXTOS LABORAL Y SOCIAL	4.5 A	5
RESULTADOS DE APRENDIZAJE ETAPA PRACTICA	4.5 A	880

Se expide en Yumbo. a los trece (13) dias del mes de junio de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO

Subdirector CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS
REGIONAL VALLE

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9311001625513CC1006435350N.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO

C E R T I F I C A

Que el señor JUAN DAVID VASCO GARCIA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1006435350, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JUAN
Segundo Nombre:	DAVID
Primer Apellido:	VASCO
Segundo Apellido:	GARCIA
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1006435350
Razón para el estado:	Inscripción
Estado del ciudadano:	En registro

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 15 días del mes de Enero de 2026, a las 12:39:58 AM.

Cordialmente,



Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema de Información de Reclutamiento

ALCALDÍA DE
YUMBO

LA SECRETARIA DE DESPACHO DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MUNICIPIO DE YUMBO (VALLE DEL CAUCA)
NIT 890.399.025-6

CERTIFICA

Que, el señor JUAN DAVID VASCO GARCIA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.006.435.350 de Yumbo (Valle del Cauca), estuvo vinculado al Municipio de Yumbo Valle, mediante los siguientes contratos de prestación de servicios:

N° CONTRATO	FECHA INICIACIÓN	FECHA TERMINACIÓN	OBJETO
120.10.07.038 -2025	4-02-2025	17-07-2025	PRESTAR POR SUS PROPIOS MEDIOS Y AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE YUMBO-VALLE.

Actividades

- Apoyo en la entrega de recibos de pago a los contribuyentes de los impuestos municipales.
- Apoyo en orientación a los contribuyentes.
- Apoyo en la revisión de estados de cuenta del impuesto Predial, Industria y comercio e impuesto de Alumbrado público y verificación de los saldos a favor a través del aplicativo de Impuestos Plus.
- Apoyo en la proyección de respuestas a derechos de petición relacionados con los impuestos.
- Apoyo en el proceso de elaboración, digitación y control de expedientes e impresión de liquidaciones oficiales del impuesto predial unificado y constancias ejecutorias para envío a la tesorería.
- Apoyo a la gestión en las demás actividades inherentes al cabal cumplimiento del objeto contractual.

N° CONTRATO	FECHA INICIACIÓN	FECHA TERMINACIÓN	OBJETO
120.10.07.010 -2024	19-01-2024	30-12-2024	PRESTAR POR SUS PROPIOS MEDIOS Y AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE YUMBO-VALLE.

Actividades

- Apoyo en la revisión de estados de cuenta del impuesto Predial, Industria y comercio e impuesto de Alumbrado público y verificación de los saldos a favor a través del aplicativo de Impuestos Plus.

Scanned with CamScanner

- Apoyo en la proyección de respuestas a derechos de petición relacionados con los impuestos.
- Apoyo en revisión y cruces de información de declaraciones tributarias.
- Apoyo en el proceso de elaboración e impresión de liquidaciones oficiales del impuesto predial unificado y constancias ejecutorias para envío a la tesorería.
- Apoyo en la digitación y control de expedientes de impuesto predial unificado para envió a la tesorería.
- Apoyo en la orientación a los contribuyentes.
- Apoyo a la gestión en las demás actividades inherentes al cabal cumplimiento del objeto contractual.

N° CONTRATO	FECHA INICIACIÓN	FECHA TERMINACIÓN	OBJETO
120.10.07.075-2023	03-03-2023	29-12-2023	PRESTAR POR SUS PROPIOS MEDIOS Y AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE YUMBO-VALLE.

Actividades

- Apoyo en el proceso de elaboración e impresión de liquidaciones oficiales del impuesto predial unificado y constancias ejecutorias para envío a la tesorería.
- Apoyo en la digitación y control de expedientes de impuesto predial unificado para envió a la tesorería.
- Apoyo en la revisión y verificación de los saldos a favor a través del aplicativo de Impuestos Plus y revisión de estados de cuenta.
- Apoyo en la proyección de respuestas a derechos de petición relacionados con los impuestos.
- Apoyo a la gestión en las demás actividades inherentes al cabal cumplimiento del objeto contractual.

En constancia de lo anterior, se firma en Yúmbo (Valle), a los veintidós (22) días del mes de enero de 2026.

MARIA VICTORIA ECHEVERRY MORENO
Secretaria de Despacho

ok foi

Elaboro: Alneida Ortiz Montenegro
Técnico Operativo – E.

Scanned with CamScanner

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

El(la) señor(a) JUAN DAVID VASCO GARCIA , identificado(a) con CC 1006435350 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/01/2025 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen SUBSIDIADO, en calidad de CABEZA DE FAMILIA

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	VIGENTE

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

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	2025/02	28
CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	2025/03	30
CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	2025/04	30
CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	2025/05	30
CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	2025/06	30
CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	CC	1006435350	JUAN DAVID VASCO GARCIA	2025/07	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los VEINTIUN (21) días del mes de ENERO del año 2026.

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

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

Atentamente,



Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JUAN DAVID VASCO GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.435.350**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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