

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.095.918.567**

NARANJO MEDINA

APELLIDOS

GARY CRISTOFER

NOMBRES

GARY CRISTOFER NARANJO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-1989**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 **O-** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-AGO-2007 GIRON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2709100-00151023 M-1095918567-20090225 0010060094A 1 24106437



DRA NAYIVE NIÑO AGUILLON

Medica Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

NIT: 40040871-5

CONTACTOS
3114628068 - 3214059880
consultoriolaboral2020@gmail.com
Calle 25 # 22 - 40 Cons. 303
Paipa (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: GARY CRISTOFER NARANJO MEDINA			GÉNERO: Masculino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 1095918567	FECHA NACIMIENTO: 19/07/1989	EDAD: 36 año(s) 5 día(s)
EMPRESA CONTRATANTE: REDEX SAS			TIPO EXAMEN: Ingreso
CARGO DESEMPEÑAR: AYUDANTE DE OBRA	JORNADA TRABAJO: Diurno	FECHA: 24/07/2025	

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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

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

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

4. CONCEPTO MÉDICO

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

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

5. EXÁMENES REALIZADOS

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

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Condiciones de salud compatibles para el cargo a desempeñar con las siguientes recomendaciones :
Hábitos de higiene postural.
Indicaciones pausas activas.
Indicaciones cuidados biomecánicos
Indicaciones uso de gafas para corrección visual permanentemente
Indicaciones uso de medias antiembólicas
Indicaciones uso de elementos de protección personal

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

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

NAYIVE IRLANDA NIÑO AGUILLON
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 15148204
L.S.O.: 1679

PACIENTE:

GARY CRISTOFER NARANJO MEDINA



Medellín, 24 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

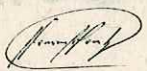
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de REDEX SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000036 SENA - BOGOTÁ		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1095918567	NARANJO MEDINA GARY CRISTOFER	28/07/2025		1180192C	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/07/2025 11:20:14 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.108.110, 198.143.41.24, 172.16.42.57



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1095918567
NOMBRES	GARY CRISTOFER
APELLIDOS	NARANJO MEDINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	PAIPA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	NUEVA EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	01/01/2017	31/10/2024	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 07/23/2025 11:09:54 Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado



* 01B 19881402 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nuevo
eps
gente cuidando gente
N.T. 900 156 204-2

FECHA DE RADICACIÓN
24/07/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☒	2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual: ☒ Colitante o cabeza de familia ☒ B. Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Colectiva ☐ D. Institucional ☐ E. De oficio ☐	3. RÉGIMEN A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA SI ☐ NO ☒	5. TIPO DE AFILIADO A. Colitante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. TIPO DE COLITANTE A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

II. AFILIACIÓN

A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del colitante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO: Naranjo SEGUNDO APELLIDO: Medina PRIMER NOMBRE: Gary SEGUNDO NOMBRE: Cristófer	9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD F M T NB Otro 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1095918562	11. SEXO BIOLÓGICO M ☒ F ☐ T ☐ NB ☐	12. SEXO IDENTIFICACIÓN Cual?
13. NACIONALIDAD Colombiana	14. LUGAR DE NACIMIENTO Columbia	15. FECHA DE NACIMIENTO 19/07/1989	16. LUGAR DE NACIMIENTO Santander

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

17. ETNIA af	18. DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒	19. TIENE ENCUESTA SISEN SI ☐ NO ☒	20. CLASIFICACIÓN SISEN NIVEL: 1 GRUPO: 1	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL 22. ARL
23. APT 1.423.500	24. TERC 312 47 28596	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA DIRECCIÓN: 19 25a # 28-05 DEPARTAMENTO: Boyacá ZONA: 6857	27. RESIDENCIA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO david.salamanc@emil.com	DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO
MUNICIPIO/DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Compaga o compaga (a) permanente del colitante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO: Naranjo SEGUNDO APELLIDO: Medina PRIMER NOMBRE: Gary SEGUNDO NOMBRE: Cristófer	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD F M T NB Otro	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO M ☒ F ☐ T ☐ NB ☐	31. SEXO IDENTIFICACIÓN Cual?
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	34. FECHA DE NACIMIENTO	35. LUGAR DE NACIMIENTO	36. LUGAR DE NACIMIENTO

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

37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO BIOLÓGICO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
39. SEXO BIOLÓGICO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO	43. SEXO BIOLÓGICO	44. SEXO IDENTIFICACIÓN

Datos complementarios del beneficiario

45. PRESTACIÓN	46. ETNIA	47. DISCAPACIDAD	48. TIENE ENCUESTA SISEN	49. CLASIFICACIÓN SISEN	50. DISCAPACIDAD
45. PRESTACIÓN	46. ETNIA	47. DISCAPACIDAD	48. TIENE ENCUESTA SISEN	49. CLASIFICACIÓN SISEN	50. DISCAPACIDAD

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPE DEL AFILIADO SOLIDARIO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CIUDAD DE LA UPE (A REGISTRAR POR LA UPE)
TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPE DEL AFILIADO SOLIDARIO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CIUDAD DE LA UPE (A REGISTRAR POR LA UPE)

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

55. Nombre o razón social Redex S.A.S.	56. Tipo documento de identificación X TI CC CE SC PA CD PT	57. Número del documento de identificación 820000817	58. Tipo de aportante o proveedor de servicios (A reportar por la EPS)
59. Ubicación Cra 11 # 11-92	60. Teléfono 3246514650	61. Correo electrónico redexltda@gmail.com	62. Dependiente Elblanca

B. REPORTE DE NOVEDADES

63. 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 6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO 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 COLITAR PARA SEGURO COLITANDO 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGURO COLITANDO 11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS 1 RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA COLECTIVA 12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS 13. DE VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS 14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
---	--	---

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

64. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD F M T NB Otro	65. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	66. SEXO BIOLÓGICO M ☒ F ☐ T ☐ NB ☐	67. SEXO IDENTIFICACIÓN Cual?
68. FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO	69. EPS ANTERIOR	70. FECHA DE NOVEDAD DIA MES AÑO	71. MOTIVO DE TRASLADO Código

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

72. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.	73. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	74. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo reporte de la Entidad.	75. Declaración de no intermediación del colitante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
76. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del colitante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	77. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	78. Autorización para que la EPS realice el manejo de los datos personales del colitante 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.	79. Autorización para que la EPS me contacte con fines de información sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Numeros Excluidos" (RNE).
80. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar las pagos correspondientes.	81. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sésen vigente.	82. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sésen vigente.	83. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sésen vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO M ☒ F ☐ T ☐ NB ☐	63. SEXO IDENTIFICACIÓN Cual?

IX. FIRMAS

80. El colitante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
---	--

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	83. Copia del documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente	84. Copia del registro civil de matrimonio o de la sentencia 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 colitante sobre la ausencia de los dos padres	89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (Superintendencia Nacional de Salud) emitida el 4 y 5 del artículo 217.3 del Decreto 780 de 2018
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	91. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se declare la afiliación de oficio	92. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se declare la afiliación de oficio	93. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se declare la afiliación de oficio

XI. DATOS A SER OBLIGADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

94. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio	95. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del departamento	96. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
--	---	------------------------------

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

97. APELLIDOS Y NOMBRES	98. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	99. FECHA DE RADICACIÓN	100. FECHA DE VALIDACIÓN
-------------------------	---------------------------------	-------------------------	--------------------------

OBSERVACIONES:

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **NARANJO MEDINA GARY CRISTOFER** identificado(a) con **CC** número **1.095.918.567** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 2010 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 23 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

Afiliaciones de una Persona en el Sistema



INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha de Corte: 2025-07-18

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1095918567	GARY	CRISTOFER	NARANJO	MEDINA	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2025-07-18

Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A. -CM	Contributivo	01/10/2023	Retirado	COTIZANTE	PAIPA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2025-07-18

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2010-03-01	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2025-07-18

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Económica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2013-06-04	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE CORREO DISTINTAS DE LAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES POSTALES NACIONALES INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A CORREOS, MENSAJERIA, TRÁMITES Y SIMILARES	Santander- BUCARAMANGA
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2014-09-25	Activa	EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MAYOR DE MATERIALES DE CONSTRUCCION, FERRETERIA Y VIDRIO DISTRIBUCIÓN SIN AUTO TRANSPORTE	Santander- BUCARAMANGA



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **NARANJO MEDINA GARY CRISTOFER, CC - 1095918567**, está afiliado(a) desde **24/07/2025**, como trabajador(a) de **REDEX SAS**, con NIT: **8200008175**.

Estado civil: **Soltero**

Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**

Categoría: **A**

Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-07-28**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **24 de julio de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio