FENIX ALTURAS S.A.S

Nit: 901.566.114-9

LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
No. 4178 DEL 19/08/2022 CON VALIDEZ

AUTORIZACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE2023220000000001379 del 20 de Enero 2023 resolucion 4272 de 2021

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

OTORGADO (A)

KAROL SELENE PEREZ MORALES

Cédula de ciudadanía Nº 1022938021

CURSÒ Y APROBÒ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA

REENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Realizado en Bogotá del (21) del mes de enero de 2026 al (21) del mes de enero de 2026 con una intensidad de 8 horas.

EMPRESA: JGR CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 901022448-9
R. LEGAL: NORBEI OVALLE RODRIGUEZ
ARL: POSITIVA

Bereau Veritas
NTC 6072:2024
Certificado:
CO24.01018

Acreditado ONAC
09-CPR-008.

Wiltong Smith Zarate Debia
C.C. 1030668941
Entrenador Trabajo en Alturas
Licencia SST 9927 del 18/12/2019

LEIDY CASTAÑEDA
CC:52978427
Representante Legal

19040

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (21) del mes de enero de 2026

Cra. 82#45A-22 Sur B. Britalia Kennedy
(601) 9460595
3043683341 - 3147645577 - 3202090161
www.fenixalturas.com
fenixalturas@gmail.com
administracion@fenixalturas.com

FENIX ALTURAS S.A.S

Nit: 901.566.114-9

LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
No. 4178 DEL 19/08/2022 CON VALIDEZ

AUTORIZACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE2023220000000001379 del 20 de Enero 2023 resolucion 4272 de 2021

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO (A)

KAROL SELENE PEREZ MORALES

Cédula de ciudadanía Nº 1022938021

CURSÒ Y APROBÒ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS

Realizado en Bogotá del (13) del mes de enero de 2026 al (22) del mes de enero de 2026 con una intensidad de 80 horas.

EMPRESA: JGR CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 901022448-9
R. LEGAL: NORBEI OVALLE RODRIGUEZ
ARL: POSITIVA

Bereau Veritas
NTC 6072:2024
Certificado:
CO24.01018

Acreditado ONAC
09-CPR-008.

Nilson Antonio Berrocal Morelo
C.C. 11038231
Entrenador Trabajo en Alturas
Licencia SST 13007 del 10/06/2022

LEIDY CASTAÑEDA
CC:52978427
Representante Legal

19076

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (22) del mes de enero de 2026

Cra. 82#45A-22 Sur B. Britalia Kennedy
(601) 9460595
3043683341 - 3147645577 - 3202090161
www.fenixalturas.com
fenixalturas@gmail.com
administracion@fenixalturas.com

FENIX ALTURAS S.A.S

Nit: 901.566.114-9

LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
No. 4178 DEL 19/08/2022 CON VALIDEZ

AUTORIZACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE2023220000000001379 del 20 de Enero 2023 resolucion 4272 de 2021

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

OTORGADO (A)

KAROL SELENE PEREZ MORALES

Cédula de ciudadanía Nº 1022938021

CURSÒ Y APROBÒ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA

REENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Realizado en Bogotá del (23) del mes de enero de 2026 al (23) del mes de enero de 2026 con una intensidad de 8 horas.

EMPRESA: JGR CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 901022448-9
R. LEGAL: NORBEI OVALLE RODRIGUEZ
ARL: POSITIVA

Bereau Veritas
NTC 6072:2024
Certificado:
CO24.01018

Acreditado ONAC
09-CPR-008.

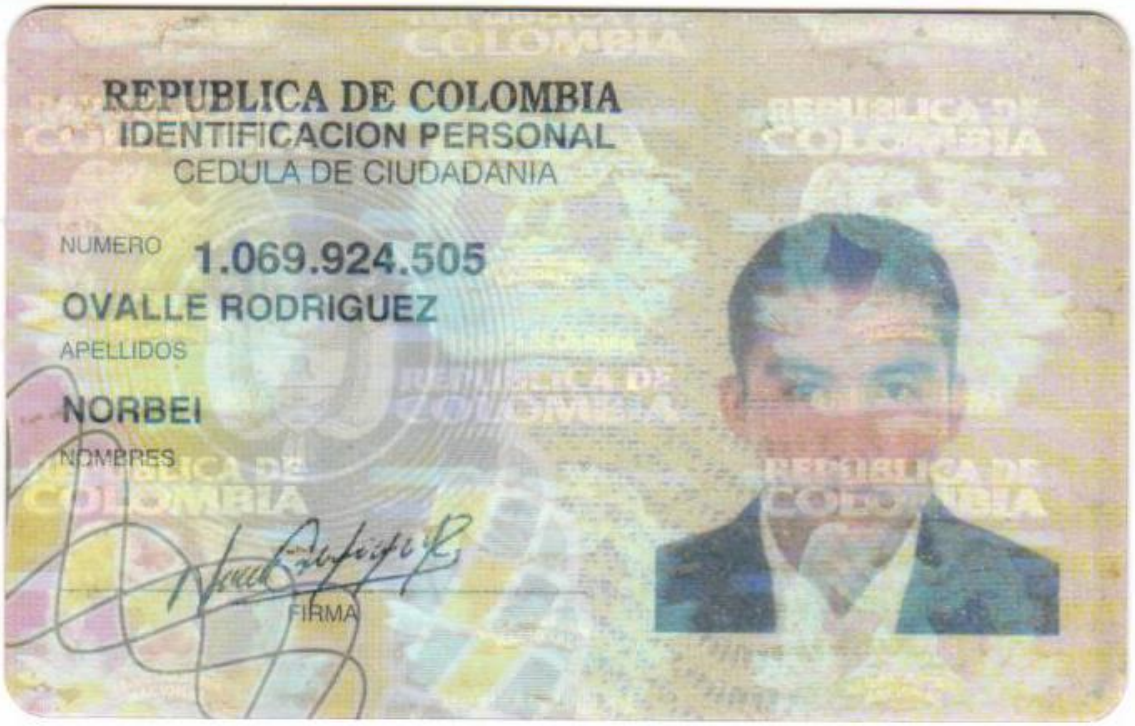
Wiltong Smith Zarate Debia
C.C. 1030668941
Entrenador Trabajo en Alturas
Licencia SST 9927 del 18/12/2019

LEIDY CASTAÑEDA
CC:52978427
Representante Legal

19084

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (23) del mes de enero de 2026

Cra. 82#45A-22 Sur B. Britalia Kennedy
(601) 9460595
3043683341 - 3147645577 - 3202090161
www.fenixalturas.com
fenixalturas@gmail.com
administracion@fenixalturas.com


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.069.924.505
OVALLE RODRIGUEZ
APELLIDOS
NORBEI
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1989
NILO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
24-ENE-2008 NILO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-1517800-00165477-M-1069924505-20090731
0014294137A 2
25871373

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

JGR CONSTRUCCIONES S.A.S NIT:901022448-9

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
OVALLE RODRIGUEZ NORBEI	Masculino	36 Años	CC (Tipo)	1069924505 (Número)

Cargo **ENCARGADO DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
” PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
” INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL”GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
” DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Firma: Tayde Avila Garcia MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC|S.O 3274-2022

Nombre: TAYDE AVILA GARCIA

R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OVALLE RODRIGUEZ NORBEI

CC 1069924505

CER_AFI_2026008993623

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

NORBEI OVALLE RODRIGUEZ identificado con CC. 1069924505 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JGR CONSTRUCCIONES SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901022448

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/10/03	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activo	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC15012026N1069924505O954775.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **NORBEI OVALLE RODRIGUEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1069924505** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1069924505
NOMBRES Y APELLIDOS	NORBEI OVALLE RODRIGUEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/07/2011
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	709
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51
EMPLEADOR(ES)	NI 901022448 JGR CONSTRUCCIONES SAS DESDE 03/10/2025

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **15/01/2026**

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OVALLE RODRIGUEZ NORBEI** identificado(a) con **CC** número **1.069.924.505** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 18 de marzo de 2009 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 15 de enero de 2026.

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/**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 15 de Enero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1069924505
Nombre	: NORBEI OVALLE RODRIGUEZ
Empresa/Contratante	: JGR CONSTRUCCIONES SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901022448
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/10/03
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/10/03
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código JpgDlnO6H

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

FENIX ALTURAS S.A.S

Nit: 901.566.114-9

LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
No. 4178 DEL 19/08/2022 CON VALIDEZ

AUTORIZACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE2023220000000001379 del 20 de Enero 2023 resolucion 4272 de 2021

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

OTORGADO (A)

NORBEI OVALLE RODRIGUEZ

Cédula de ciudadanía Nº 1069924505

CURSÒ Y APROBÒ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA

REENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Realizado en Bogotá del (16) del mes de noviembre de 2025 al (16) del mes de noviembre de 2025 con una intensidad de 8 horas.

EMPRESA: JGR CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 901022448-9
R. LEGAL: NORBEI OVALLE RODRIGUEZ
ARL: POSITIVA

Wiltong Smith Zarate Debia
C.C. 1030668941
Entrenador Trabajo en Alturas
Licencia SST 9927 del 18/12/2019

Leidy B. Castañeda
LEIDY CASTAÑEDA
CC:52978427
Representante Legal

18213

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (16) del mes de noviembre de 2025

Bereau Veritas
NTC 6072:2024
Certificado:
CO24.01018

Acreditado ONAC
09-CPR-008.

Cra. 82 #45A-22 Sur
B. Britalia Kennedy
(601) 9460595
304 3683341
3147645577 - 3202090161
www.fenixalturas.com
fenixalturas@gmail.com

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 jueves 15 de enero de 2026, a las 10:27:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1069924505
Código de Verificación	1069924505260115102705

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

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:28:51 AM horas del 15/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1069924505**
Apellidos y Nombres: **OVALLE RODRIGUEZ NORBEI**

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.

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1069924505

¿ Cuanto es 6 + 2 ?

6

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) NORBEI OVALLE RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1069924505.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, enero 15, 2026 - Hora de consulta: 10:31:09

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
9.155.079
NUMERO
PEREZ VARGAS
APELLIDOS
ADALBERTO
NOMBRES
Adalberto Perez
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
04-JUN-1973
MARIA LA BAJA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.83
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
30-SEP-1992 MARIA LA BAJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0504000-30165935-M-0009155079-20080514
00527 08135A 01 254188281

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000592096

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **22/01/2026 13:29:51** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 9155079** Nombre **ADALBERTO PEREZ VARGAS** Sexo **M** Edad **52 Años**

Teléfono **3228106162** Dirección **DANUBIO AZUL**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **NO TIENE**

ÉNFASIS

Alturas	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ]	NO [x]					
Visiometría	[x]	Glic [ ]	Col [ ]	Trigli [ ]	PL [ ]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**							
Audiometría	[x]								
Espirometría	[ ]								
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías							
Coord. Motriz	[ ]								
Electrocardiograma	[ ]								
Rx	[ ]								
Psicosensométrico	[ ]								

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **22/01/2026 13:29:51** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 9155079** Nombre **ADALBERTO PEREZ VARGAS** Sexo **M** Edad **52 Años**

Teléfono **3228106162** Dirección **DANUBIO AZUL**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **NO TIENE**

MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/ SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
USO DE PROTECCION AUDITIVA/PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO / INGRESAR SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVO

FIRMA DEL PACIENTE



Vladimir Alberto Vega Rodríguez
Médico cirujano
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 72344909 RM 6270/2009
LIC. SO 5614- 26/04/2018

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CER_AFI_2026010988681

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Adalberto Perez Vargas identificado con CC. 9155079 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JGR CONSTRUCCIONES SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901022448

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/22	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21012026N9155079A2611137.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá DC. 22 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 9155079
Nombres y Apellidos	ADALBERTO PEREZ VARGAS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901022448
Razón Social Empleador	JGR CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	22/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	22/1/2026
Cargo	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

PKeb6OFYS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016167697	2|2|0|1|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
Primer apellido: PEREZ	Segundo apellido: VARGAS	Primer nombre: ADALBERTO	Segundo nombre:

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	9155079	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	0|4|0|6|1|9|7|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
AV 15 C 92 42		3228106162	ADALBERTOPEREZ546@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	RAFAEL URIBE URIBE	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
	Pais: Departamento: Municipio:	

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 de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	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 dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD CPO CALLE 98	VSOLAYA - UODCPOCAST
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JGR CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901022448	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 52 S 98 B 70	7436787	JGRCONSTRUSAS@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016167697

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion 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 la relacion laboral o perdida de las 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 del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|2|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.**☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.**☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.**☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- **73.**☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- **76.**☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 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 documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

ADALBERTO PEREZ	
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

X.ANEXOS

☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.**☐ **RC.**☐ **TI.**☐ **CC.**☐ **PA.**☐ **CE.**☐ **CD.**☐ **SC.**☐ **PT.**☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

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

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ADALBERTO PEREZ VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.155.079**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 jueves 22 de enero de 2026, a las 12:14:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	9155079
Código de Verificación	9155079260122121447

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

Generó: WEB

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

9155079

¿ Cuanto es 5 - 2 ?

915

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) ADALBERTO PEREZ VARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 9155079.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, enero 22, 2026 - Hora de consulta: 12:11:27

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:13:41 PM horas del 22/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **9155079**
Apellidos y Nombres: **PEREZ VARGAS ADALBERTO**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.019.109.726
BETANCOURT ARIAS
APELLIDOS
DUBER ERNEY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 02-ENE-1993
DOLORES
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
23-JUL-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00456960-M-1019109726-20130815 0034401276A 1 40027941

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000591890

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **22/01/2026 06:55:19** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1019109726** Nombre **DUBER FERNEY BETANCOURT ARIAS** Sexo **M** Edad **33 Años**

Teléfono **3053149721** Dirección **SANTA LIBRADA**

Cargo **OFICIAL**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **SISBEN**

Arl **COLPATRIA** Fondo de pensión **COLPENSIONES**

ÉNFASIS

Alturas	[x]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [x]	NO [ ]					
Visiometría	[x]	Glic [x]	Col [x]	Trigli [x]	PL [ ]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**							
Audiometría	[x]								
Espirometría	[ ]								
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías							
Coord. Motriz	[ ]								
Electrocardiograma	[ ]								
Rx	[ ]								
Psicosensométrico	[ ]								

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **22/01/2026 06:55:19** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1019109726** Nombre **DUBER FERNEY BETANCOURT ARIAS** Sexo **M** Edad **33 Años**

Teléfono **3053149721** Dirección **SANTA LIBRADA**

Cargo **OFICIAL**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **SISBEN**

Arl **COLPATRIA** Fondo de pensión **COLPENSIONES**

DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

FIRMA DEL PACIENTE



Pablo E. Salinas E.
Pablo Enrique Salinas Enciso
Médico General
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 1073677274 RM 3023/2014
LIC. SO 3395- 22/07/2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CER_AFI_2026011083398

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Duber Erney Betancourt Arias identificado con CC. 1019109726 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JGR CONSTRUCCIONES SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901022448

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/23	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC22012026N1019109726A2687857.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá DC. 22 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1019109726
Nombres y Apellidos	DUBER ERNEY BETANCOURT ARIAS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901022448
Razón Social Empleador	JGR CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	22/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	22/1/2026
Cargo	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

WD9yjDyoS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DUBER ERNEY BETANCOURT ARIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.109.726**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SANITAS EPS
AFILIACIONES
690123435

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado D D M M A A A A

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X — B. Colectiva — D. De Oficio — A. Individual - Beneficiario o Afiliado adicional — C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo — B. Subsidiado X
4. Contribución solidaria: Si — No
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X — B. Independiente — C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando no tenga la calidad de cotizante o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Betancourt	Arias	Duber	Erney

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
C.C	1019109726	Femenino — Masculino X	F M X T NB Otro — Cuál	Colombiana

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Dolores	Colombia	Tolima	Dolores	02 01 1991 3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Si — No) / Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN (Si — No)	20. Clasificación SISBÉN (Nivel — Grupo)	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	1'350'905	

26. Residencia Dirección: Cll 81c Svr 6b este 24 — Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3053149721 — Correo Electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Bogotá D.C	Bogotá		Cabecera Municipal X — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico (Femenino — Masculino)	31. Sexo identificación (F M T NB Otro — Cuál)	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico (Femenino — Masculino)	40. Sexo identificación (F M T NB Otro — Cuál)	41. Lugar de nacimiento (País — Departamento — Municipio)	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN (Si — No)	48. Clasificación SISBÉN (Nivel — Grupo)	49. Discapacidad (Si — No / Categoría de discapacidad)	50. Incapacidad permanente (Si — No)
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

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)
B1			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

Powered by CamScanner

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
SGR Construcciones sas	NIT	901022448-9	

59. Ubicación
Dirección: Cra 7c este 90d-64 sur — Teléfono fijo o Celular:
Correo Electrónico: Sgrafiliaciones1@gmail.com — Departamento: Bogota DC — Municipio / Distrito: Bogota

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 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.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las 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 trámite 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 del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	22/01/2026		

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.
- [X] 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. 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
Duber Betancourt H.	Fernando Gómez

X. ANEXOS

- [X] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC 1 CE PA 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. Copa 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: 1

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

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	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES:

EPS Sanitas
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
23 ENE 2026

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
LAURA VALENTINA RECIBIDO POR:		2|0|00033

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:16:38 AM horas del 21/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1019109726**

Apellidos y Nombres: **BETANCOURT ARIAS DUBER ERNEY**

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.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289413359

PIB
12:15:50

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) DUBER ERNEY BETANCOURT ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019109726:

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 Politica 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 Relacionamiento 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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 12:19:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1019109726
Código de Verificación	1019109726260121121932

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

Generó: WEB

FENIX ALTURAS S.A.S

Nit: 901.566.114-9

LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
No. 4178 DEL 19/08/2022 CON VALIDEZ

AUTORIZACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE2023220000000001379 del 20 de Enero 2023 resolucion 4272 de 2021

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO (A)

DUBER ERNEY BETANCOURT ARIAS

Cédula de ciudadanía Nº 1019109726

CURSÒ Y APROBÒ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA

TRABAJADOR AUTORIZADO

Realizado en Bogotá del (23) del mes de enero de 2026 al (26) del mes de enero de 2026 con una intensidad de 32 horas.

EMPRESA: JGR CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 901022448-9
R. LEGAL: NORBEI OVALLE RODRIGUEZ
ARL: POSITIVA

Bereau Veritas
NTC 6072:2024
Certificado:
CO24.01018

Acreditado ONAC
09-CPR-008.

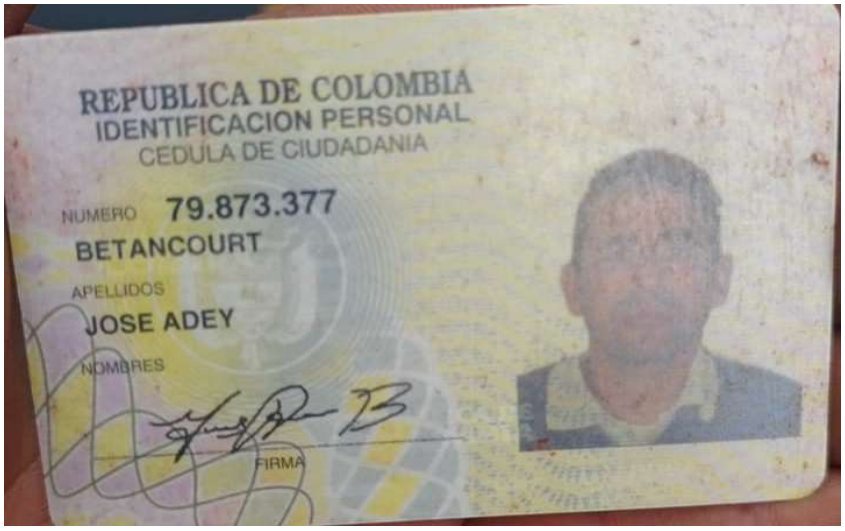
SANDRA PAOLA LEAL GUERRERO
C.C. 1013649653
Entrenador Trabajo en Alturas
Licencia SST 9732 del 16/12/2019

LEIDY CASTAÑEDA
CC:52978427
Representante Legal

19154

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (26) del mes de enero de 2026

Cra. 82#45A-22 Sur B. Britalia Kennedy
(601) 9460595
3043683341 - 3147645577 - 3202090161
www.fenixalturas.com
fenixalturas@gmail.com
administracion@fenixalturas.com



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.873.377

BETANCOURT

APELLIDOS

JOSE ADEY

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-NOV-1976

DOLORES
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

21-ABR-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00759796-M-0079873377-20151106 0047352986A 1 1333617305

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000591902

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **22/01/2026 07:32:09** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 79873377** Nombre **JOSE ADEY BETANCOURT** Sexo **M** Edad **49 Años**

Teléfono **3219801650** Dirección **CLK 81 C SUR 6 B ESTE 24**

Cargo **OFICIAL**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **COLPATRIA** Fondo de pensión **COLPENSIONES**

ÉNFASIS

Alturas	[x]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]
Visiometría	[x]
Optometría	[ ]
Audiometría	[x]
Espirometría	[ ]
Valortación psicologica	[ ]
Coord. Motriz	[ ]
Electrocardiograma	[ ]
Rx	[ ]
Psicosensométrico	[ ]

Exámenes de laboratorio SI [x] NO [ ]

Glic [x] Col [x] Trigli [x] PL [ ] Otros [ ]

¿Cuáles?

Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE/ CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ SE SUGIERE

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **22/01/2026 07:32:09** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 79873377** Nombre **JOSE ADEY BETANCOURT** Sexo **M** Edad **49 Años**

Teléfono **3219801650** Dirección **CLK 81 C SUR 6 B ESTE 24**

Cargo **OFICIAL**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **COLPATRIA** Fondo de pensión **COLPENSIONES**

RECOMENDACIONES

CONTROL ORTOPEDIA EPS/ SE SUGIERE INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIAE EPIDEMIOLOGICO OSTEOMUISCULAR/USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO/MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

FIRMA DEL PACIENTE



Pablo Enrique Salinas Enciso
Médico General
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 1073677274 RM 3023/2014
LIC. SO 3395- 22/07/2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Calle 27 Sur Nª 19-07 Bogota PBX.:2784705 FAX.:2392301
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

CER_AFI_2026011082645

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Jose Adey Betancourt identificado con CC. 79873377 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JGR CONSTRUCCIONES SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901022448

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/23	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC22012026N79873377A2687295.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá DC. 22 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79873377
Nombres y Apellidos	JOSE ADEY BETANCOURT
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901022448
Razón Social Empleador	JGR CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	22/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	22/1/2026
Cargo	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

5JgsVc5yS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE ADEY BETANCOURT** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79873377,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2024** 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

Salud Total EPS

Bogotá, 22/01/2026

Señor(a)
JOSE ADEY BETANCOURT
C- 79.873.377

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016167697
Fecha Radicación: 01/22/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa JGR CONSTRUCCIONES SAS N 901022448, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
JOSE ADEY BETANCOURT	C	11/29/1976	COTIZANTE	M	54

Información Afiliación
EPS Anterior: EPS SALUD TOTAL
Posible inicio vigencia afiliación: 02/22/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 52 S 98 B 70
Dirección Laboral: CL 52 S 98 B 70
Fondo de Pensiones: 6
Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 01/22/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFSE SAS Código: N383, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Powered by CamScanner

SaludTotal EPS

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de Identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 12:20:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79873377
Código de Verificación	79873377260121122044

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

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:18:13 AM horas del 21/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79873377**
Apellidos y Nombres: **BETANCOURT JOSE ADEY**

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.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289531304

PIB
10:24:18

Bogotá DC, 22 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) JOSE ADEY BETANCOURT identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79873377:

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 Politica 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 Relacionamiento 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.

FENIX ALTURAS S.A.S

Nit: 901.566.114-9

LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
No. 4178 DEL 19/08/2022 CON VALIDEZ

AUTORIZACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE2023220000000001379 del 20 de Enero 2023 resolucion 4272 de 2021

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO (A)

JOSE ADEY BETANCOURT

Cédula de ciudadanía Nº 79873377

CURSÒ Y APROBÒ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA

TRABAJADOR AUTORIZADO

Realizado en Bogotá del (23) del mes de enero de 2026 al (26) del mes de enero de 2026 con una intensidad de 32 horas.

EMPRESA: JGR CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 901022448-9
R. LEGAL: NORBEI OVALLE RODRIGUEZ
ARL: POSITIVA

Bereau Veritas
NTC 6072:2024
Certificado:
CO24.01018

Acreditado ONAC
09-CPR-008.

SANDRA PAOLA LEAL GUERRERO
C.C. 1013649653
Entrenador Trabajo en Alturas
Licencia SST 9732 del 16/12/2019

Leidy B. Castañeda
LEIDY CASTAÑEDA
CC:52978427
Representante Legal

19153

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (26) del mes de enero de 2026

Cra. 82#45A-22 Sur B. Britalia Kennedy
(601) 9460595
3043683341 - 3147645577 - 3202090161
www.fenixalturas.com
fenixalturas@gmail.com
administracion@fenixalturas.com


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 14.295.925
RIVERA PRIETO
APELLIDOS
LUIS ANDRES
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1985
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.82
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
10-SEP-2003 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00658338-M-0014295925-20150120
00423 29781A 1

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000590429

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: JGR CONSTRUCCIONES S.A.S FECHA 17/01/2026 06:58:26

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS ANDRES RIVERA PRIETO **C.C** 14295925

EDAD 40 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS.
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS /USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Katherine Brigette Blanco Arambulo
Médico General
Médico esp. Gerencia en SST.
CE 729744 RM 729744
LIC. SO 4072- 14/06/2023

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CER_AFI_2026009800343

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Luis Andres Rivera Prieto identificado con CC. 14295925 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JGR CONSTRUCCIONES SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901022448

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/20	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC19012026N14295925A1691788.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá DC. 19 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 19/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 14295925
Nombres y Apellidos	LUIS ANDRES RIVERA PRIETO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901022448
Razón Social Empleador	JGR CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	20/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	19/1/2026
Cargo	AYUDANTE DE CONSTRUCCION
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

l3Px0ymbS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ANDRES RIVERA PRIETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **14.295.925**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016143113	2|0|0|1|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: C. Institucional ☐ -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
RIVERA (Primer apellido)	PRIETO (Segundo apellido)	LUIS (Primer nombre)	ANDRES (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	14295925	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais:	COLOMBIA	Departamento:	BOGOTA	Municipio: BOGOTA	1|7|0|6|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
DG 49B SUR 13I 14 MARCO FIDEL SUAREZ		3213643319	LUISANDRESES12@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	RAFAEL URIBE URIBE	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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 de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	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 dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JGR CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901022448	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 52 S 98 B 70	7336755	JGRCONSTRUSAS@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016143113

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion 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 la relacion laboral o perdida de las 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 del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|0|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.**☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.**☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.**☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- **73.**☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- **76.**☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 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 documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

LUIS RIVERA	
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

X.ANEXOS

☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.**☐ **RC.**☐ **TI.**☐ **CC.**☐ **PA.**☐ **CE.**☐ **CD.**☐ **SC.**☐ **PT.**☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

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

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 jueves 15 de enero de 2026, a las 10:47:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	14295925
Código de Verificación	14295925260115104746

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

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:48:55 AM horas del 15/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **14295925**
Apellidos y Nombres: **RIVERA PRIETO LUIS ANDRES**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

14295925

¿ Cuanto es 5 + 3 ?

7

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) LUIS ANDRES RIVERA PRIETO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 14295925.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, enero 15, 2026 - Hora de consulta: 10:45:37

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

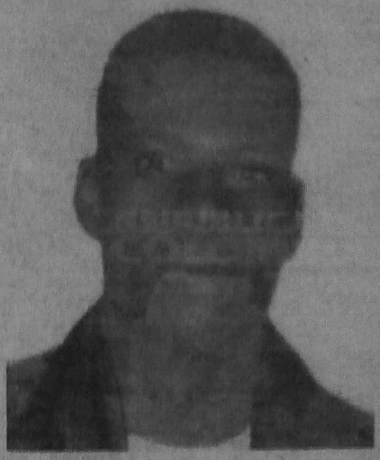
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.803.497**
MURILLO PALACIOS

APELLIDOS
MISAEL

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1974**
QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

20-JUN-1994 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00317452-M-0011803497-20110729 0027598362A 1 1341354897

Scanned with CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000592023

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [x]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **22/01/2026 11:47:40** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 11803497** Nombre **MISAEL MURILLO PALACIOS** Sexo **M** Edad **51 Años**

Teléfono **3205922558** Dirección **CL 56 F SUR 94 A 20**

Cargo **OFICIAL**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **SURA** Fondo de pensión **COLPENSIONES**

ÉNFASIS

Alturas	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ]	NO [x]					
Visiometría	[x]	Glic [ ]	Col [ ]	Trigli [ ]	PL [ ]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**							
Audiometría	[x]								
Espirometría	[ ]								
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías							
Coord. Motriz	[ ]								
Electrocardiograma	[ ]								
Rx	[ ]								
Psicosensométrico	[ ]								

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **22/01/2026 11:47:40** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 11803497** Nombre **MISAEL MURILLO PALACIOS** Sexo **M** Edad **51 Años**

Teléfono **3205922558** Dirección **CL 56 F SUR 94 A 20**

Cargo **OFICIAL**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **SURA** Fondo de pensión **COLPENSIONES**

RECOMENDACIONES

USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

María Luisa Pérez Piña
Médico esp. Gerencia en SST.
CC 1034320081 RM 1034320081/2017
LIC. SO 8731-22/12/2022

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CER_AFI_2026010988432

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Misael Murillo Palacios identificado con CC. 11803497 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JGR CONSTRUCCIONES SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901022448

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/22	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21012026N11803497A2610890.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá DC. 22 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 11803497
Nombres y Apellidos	MISAEL MURILLO PALACIOS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901022448
Razón Social Empleador	JGR CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	22/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	22/1/2026
Cargo	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el
C6iDOEU3S

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016167665	2|2|0|1|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
Primer apellido: MURILLO	Segundo apellido: PALACIOS	Primer nombre: MISAEL	Segundo nombre:

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	11803497	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais:	COLOMBIA	Departamento:	CHOCO	Municipio: BAGADO	2|1|0|4|1|9|7|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 90 A 46 51 SUR		3205922558	MISAELMURILLOPALACIOS345@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	MÁRTIRES	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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 de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	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 dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS BOSA - VS BOSA	VSBOSA - VSBOSA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JGR CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901022448	01

59.Ubicación				
CL 52 S 98 B 70 Dirección	7435653 Teléfono fijo o celular	JGRCONSTRUSAS@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4016167665

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion 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 la relacion laboral o perdida de las 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 del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|2|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.**☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.**☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.**☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- **73.**☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- **76.**☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 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 documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
misael murillo.	

X.ANEXOS

- ☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.**☐ **RC.**☐ **TI.**☐ **CC.**☐ **PA.**☐ **CE.**☐ **CD.**☐ **SC.**☐ **PT.**☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

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

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MISAEL MURILLO PALACIOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11803497,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2009** 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 jueves 22 de enero de 2026, a las 11:34:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	11803497
Código de Verificación	11803497260122113447

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

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:29:47 AM horas del 22/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **11803497**
Apellidos y Nombres: **MURILLO PALACIOS MISAEL**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

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.

DIJIN

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

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

11803497

¿ Cuanto es 5 + 3 ?

6

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) MISAEL MURILLO PALACIOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 11803497.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, enero 22, 2026 - Hora de consulta: 11:32:04

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 79.763.531



Apellidos
MUÑOZ GUERRERO

Nombres
OTONIEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.76

Sexo
M

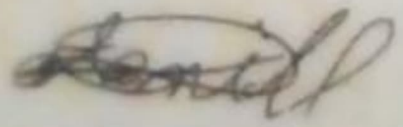
Fecha de nacimiento
19 OCT 1979

G.S.
O+

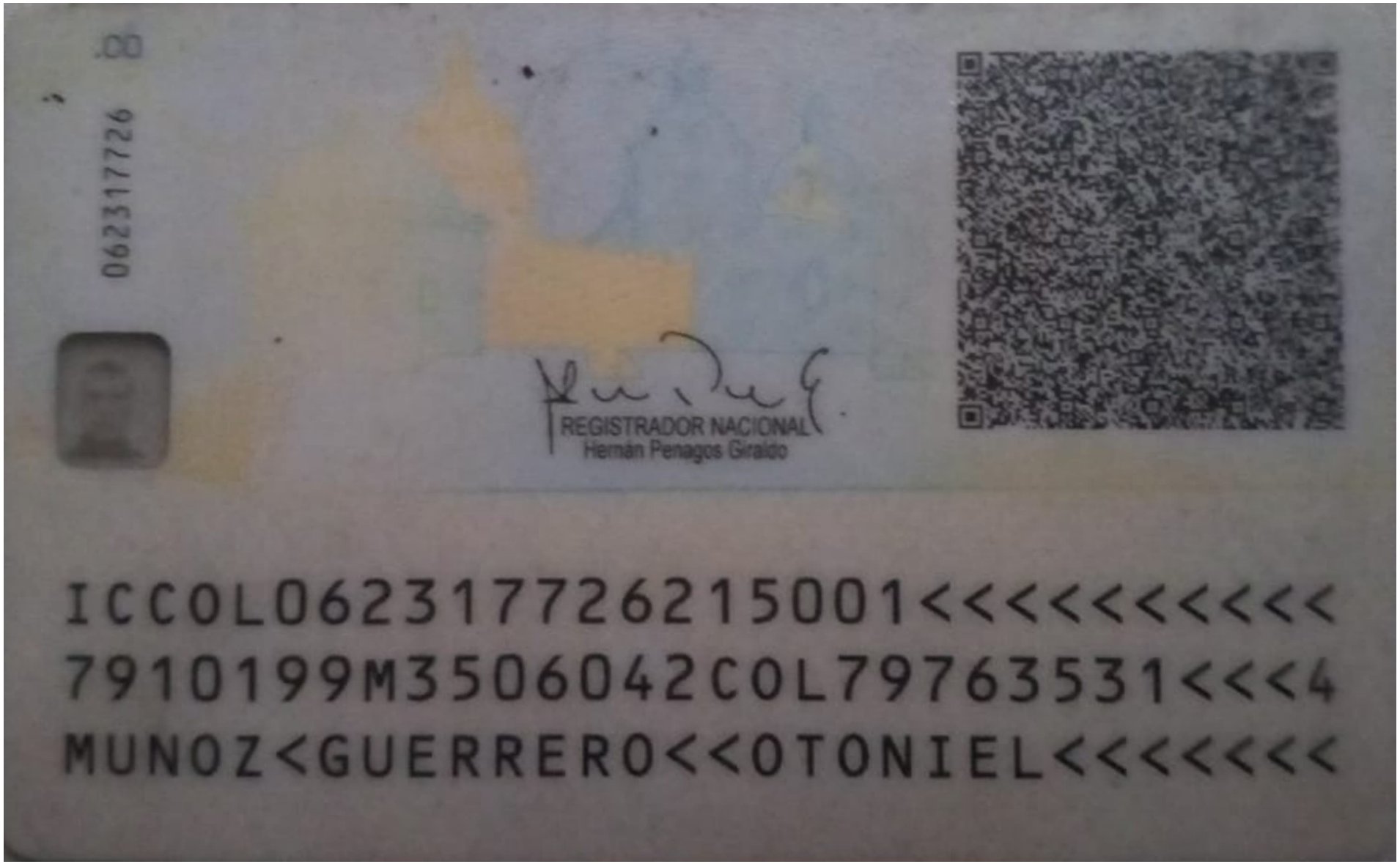
Lugar de nacimiento
CALI (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
23 FEB 1998, BOGOTA D.C.

Firma



Fecha de expiración
04 JUN 2035


0623177260
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL0623177262150O1<<<<<<<<<<<
7910199M3506042COL79763531<<<4
MUNOZ<GUERRERO<<OTONIEL<<<<<<<

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000590426

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: JGR CONSTRUCCIONES S.A.S FECHA 17/01/2026 06:50:27

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: OTONIEL MUÑOZ GUERRERO **C.C** 79763531

EDAD 46 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS.
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS.
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Katherine Brigette Blanco Arambulo
Médico General
Médico esp. Gerencia en SST.
CE 729744 RM 729744
LIC. SO 4072- 14/06/2023

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CER_AFI_2026009808198

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Otoniel Muñoz Guerrero identificado con CC. 79763531 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JGR CONSTRUCCIONES SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901022448

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/20	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC19012026N79763531A1698742.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá DC. 19 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 19/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79763531
Nombres y Apellidos	OTONIEL MUÑOZ GUERRERO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901022448
Razón Social Empleador	JGR CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	20/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	19/1/2026
Cargo	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

MCUhPXqFS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SA

B

19 ENE 2026

Cód. 628 LuzDary Vergara Osorio
SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 19-01-2026

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [✔] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Si [ ] No [✔]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres							
	muñoz	guerrero	otoniel				
9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad		11. Sexo biológico	12. Sexo identificación			
CC	79763531		Femenino [ ] Masculino [✔]	F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?			
13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		
colombia	colombia	valle	cali		19-10-1979		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad			
		Si [ ] No [ ]	Categoría de discapacidad		
19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	
Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]			positiva	
23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	
porvenir	1750905			tv 6 este n 9-15	
	3238250526	munozotoniel65@gmail.com		bogota	
bogota			Zona: Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		

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

27. Apellidos y nombres							
28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad		30. Sexo biológico	31. Sexo identificación			
			Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?			
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		

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

	35. Apellidos y nombres			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación							41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?		País	Departamento	Municipio	
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							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V002
FOR-EPSYTA-0002

Powered by CamScanner

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

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

55. Nombre o razón social	JGR CONSTRUCCIONES SAS		
56. Tipo de documento de identificación: NIT	57. Número del documento de identificación: 901022448	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación	CRA 7C ESTE N 90D 61 SUR		3053759544
	jgrafiliaciones12@gmail.com	bogota	bogota

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 identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporta de pago a través de un tercero. Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las 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 trámite de prestación 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			
Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]	63. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): 20-01-2026		67. Motivo de traslado Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

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 información 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			
Tipo de documento de identidad	Número de 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. CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ] Cantidad de documentos de identidad anexos:
- [ ] 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 — Código del municipio — Código del departamento — 93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	
96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)		

B

19 ENE 2026

Cód. 628 LuzDary Vergara Osorio

SUJETO A VERIFICACIÓN

Vello asesor

V002

FOR-EPS-VTA-0002

OBSERVACIONES:

Recuerda 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

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OTONIEL MUNOZ GUERRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.763.531**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así logaría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 jueves 15 de enero de 2026, a las 10:51:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79763531
Código de Verificación	797635312601151051O6

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

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:53:06 AM horas del 15/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79763531**
Apellidos y Nombres: **MUÑOZ GUERRERO OTONIEL**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

79763531

¿Escriba los tres primeros digitos del documento a consultar?

8

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) OTONIEL MUÑOZ GUERRERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 79763531.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, enero 15, 2026 - Hora de consulta: 10:50:05

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

FENIX ALTURAS S.A.S

Nit: 901.566.114-9

LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
No. 4178 DEL 19/08/2022 CON VALIDEZ

AUTORIZACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE2023220000000001379 del 20 de Enero 2023 resolucion 4272 de 2021

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO (A)

OTONIEL MUÑOZ GUERRERO

Cédula de ciudadanía Nº 79763531

CURSÒ Y APROBÒ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA

TRABAJADOR AUTORIZADO

Realizado en Bogotá del (20) del mes de enero de 2026 al (23) del mes de enero de 2026 con una intensidad de 32 horas.

EMPRESA: JGR CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 901022448-9
R. LEGAL: NORBEI OVALLE RODRIGUEZ
ARL: POSITIVA

Bereau Veritas
NTC 6072:2024
Certificado:
CO24.01018

Acreditado ONAC
09-CPR-008.

Lilibeth Galindo Z.

LILIBETH GALINDO ZARATE
C.C. 1033769002
Entrenador Trabajo en Alturas
Licencia SST 7665 del 04/03/2021

Leidy B. Castañeda

LEIDY CASTAÑEDA
CC:52978427
Representante Legal

19081

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (23) del mes de enero de 2026

Cra. 82#45A-22 Sur B. Britalia Kennedy
(601) 9460595
3043683341 - 3147645577 - 3202090161
www.fenixalturas.com
fenixalturas@gmail.com
administracion@fenixalturas.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **11.387.757**

VILLALOBOS RAMOS

APELLIDOS

RAFAEL

NOMBRES

Rafael Villalobos Ramos

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1970**

VENECIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

20-OCT-1988 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00925112-M-0011387757-20170725 0056569548A 1 9910080845

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000592540

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **24/01/2026 06:48:49** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 11387757** Nombre **RAFAEL VILLALOBOS RAMOS** Sexo **M** Edad **55 Años**

Teléfono **3057207704** Dirección **CL 1 # 1A-39**

Cargo **OFICIAL**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **COMPENSAR E.P.S.**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **PROTECCION**

ÉNFASIS

Alturas	[ ]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ]	NO [x]					
Visiometría	[x]	Glic [ ]	Col [ ]	Trigli [ ]	PL [ ]	Otros [ ]			
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**							
Audiometría	[x]								
Espirometría	[ ]								
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías							
Coord. Motriz	[ ]								
Electrocardiograma	[ ]								
Rx	[ ]								
Psicosensométrico	[ ]								

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE/ EVITAR ACTIVIDADES EN ALTURAS/CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ AE SUGIERE VALORACION CIRUGIA GENERAL EPS/ USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO/VALORACION

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **24/01/2026 06:48:49** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 11387757** Nombre **RAFAEL VILLALOBOS RAMOS** Sexo **M** Edad **55 Años**

Teléfono **3057207704** Dirección **CL 1 # 1A-39**

Cargo **OFICIAL**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **COMPENSAR E.P.S.**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **PROTECCION**

RECOMENDACIONES

OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA EN CASO DE EXPOSICION AL RIESGO/PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO / INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO AUDITIVO/MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Pablo Enrique Salinas Enciso
Médico General
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 1073677274 RM 3023/2014
LIC. SO 3395- 22/07/2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CER_AFI_2026010988917

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

RAFAEL VILLALOBOS RAMOS identificado con CC. 11387757 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JGR CONSTRUCCIONES SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901022448

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/22	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21012026N11387757A2611372.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá DC. 22 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 11387757
Nombres y Apellidos	RAFAEL VILLALOBOS RAMOS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901022448
Razón Social Empleador	JGR CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	22/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	22/1/2026
Cargo	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el hmF5nSAPS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VILLALOBOS RAMOS RAFAEL** identificado(a) con **CC** número **11.387.757** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de agosto de 2006 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 MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 22 de enero de 2026.

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/**

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

B
22 ENE 2026
Cód 655 Lucy Yaneth Isaacs M.
SUJETO A VERIFICACIÓN
Sello asesor

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 22/01/2026

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Regimen		4. Contribución solidaria		5. Tipo de afiliado:		6. Tipo de cotizante:		7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación		A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia	✔	A. Contributivo	✔	Si		A. Cotizante	✔	A. Dependiente	✔	01
B. Reporte de Novedades	✔	• Beneficiario o afiliado adicional		B. Subsidiado		No	✔	B. Cabeza de familia		B. Independiente		
		B. Colectiva						C. Beneficiario		C. Pensionado		
		C. Institucional						D. Afiliado adicional				
		D. De oficio										

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres									
villalobos	ramos	rafael							
9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico		12. Sexo identificación					
CC	11387757	Femenino	Masculino ✔	F	M ✔	T	NB	Otro	Cuál?
13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento					15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)			
colombia	colombia	cundinamarca	venecia			23-02-1970			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad		Categoría de discapacidad
		Si	No	
19. Tiene encuesta SISBEN		20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
Si	No	Nivel	Grupo		positiva
23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	
proteccion	1750905		CALLE 1 BIS # 1 A - 39	
Teléfono fijo	3057207702	Teléfono celular	bogota	
Municipio de residencia	bogota	Departamento de residencia	bogota	Zona: Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

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

27. Apellidos y nombres									
28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico		31. Sexo identificación					
		Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento					34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)			

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

	35. Apellidos y nombres			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
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							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSYTA-0002 V002

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Powered by CamScanner

B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

55. Nombre o razón social	JGR Construcciones SAS		
56. Tipo de documento de identificación: NIT	57. Número del documento de identificación: 901022448-9	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación	cra 7c este n 90d 61 sur		3053759544
	jgrafiliaciones12@gmail.com	bogota	bogota

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 identificación.
- [ ] 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.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las 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 trámite 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	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino / Masculino	63. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): 22/01/2026	67. Motivo de traslado Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

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 de documento de identidad		

IX. FIRMAS

Rafael Villalobos

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

JGR CONSTRUCCIÓNES S.A.S
NIT- 901.022.448-9
Firma

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva/institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad (CN RC TI CC PA CE CD SC PT) Cantidad de documentos de identidad anexos:
- [ ] 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	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

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	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

B
22 ENE 2026
Cód 655 Ludy Yaneth Isaias M.
SUJETO A VERIFICACION
Sello asesor

V002

FOR-EPSYTA-0002

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

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Powered by CamScanner

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✔	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✔	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	✔	

SI: ☐ Correo electrónico: _____ NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Rafael Villalobos

No. Identificación: 11387757

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

22 ENE 2026
Cód 655 Ludy Yaneth Ibarras M.
SUJETO A VERIFICACIÓN

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si ✔ No ☐

Firma del afiliado: Rafael Villalobos

No. Identificación: 11387757

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

FOR-EPSVTA-0002 V002

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 jueves 22 de enero de 2026, a las 11:41:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	11387757
Código de Verificación	11387757260122114131

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

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:41:47 AM horas del 22/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **11387757**
Apellidos y Nombres: **VILLALOBOS RAMOS RAFAEL**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

11387757

¿ Cuanto es 5 + 3 ?

5

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) RAFAEL VILLALOBOS RAMOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 11387757.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, enero 22, 2026 - Hora de consulta: 11:41:56

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.562.214

GUACANEME RODRIGUEZ

APELLIDOS

RODOLFO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-1971

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

25-OCT-1989 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

R-1500150-00271814-M-0079562214-20101220 0025266415A 1 35685335

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000591234

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: JGR CONSTRUCCIONES S.A.S FECHA 20/01/2026 09:01:05

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RODOLFO GUACANEME RODRIGUEZ **C.C** 79562214

EDAD 54 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNO

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRÍA EPS - VALORACION EN EPS CON OFTALMOLOGIA / USO DE LENTES PERMANENTES PARA LABORAR
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPSO / USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
SE SUGIERE NO REALIZAR ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO, NO TRABAJOS EN ALTURAS / ALTERACION VISUAL
INGRESAR AL SVE VISUAL

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Rodolfo Guacaneme R.

FIRMA DEL PACIENTE



María Luisa Pérez Piña
Médico esp. Gerencia en SST.
CC 1034320081 RM 1034320081/2017
LIC. SO 8731-22/12/2022

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CER_AFI_2026010398761

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Rodolfo Guacaneme Rodriguez identificado con CC. 79562214 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JGR CONSTRUCCIONES SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901022448

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/21	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC20012026N79562214A2194052.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá DC. 20 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79562214
Nombres y Apellidos	RODOLFO GUACANEME RODRIGUEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901022448
Razón Social Empleador	JGR CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	21/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/1/2026
Cargo	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

6ro6O6ooS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio