AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
WEIMER LOZADA ROBLES	C.C.	93,453,772	05/03/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
LUISA FERNADA VELEZ HERNANDEZ	C.C.	1,106,333,506	05/03/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
VICTOR ALFONSO VANEGAS CAMELO	C.C.	1,111,196,031	05/03/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
JONATHAN EDUARDO OLARTE VARGAS	C.C.	1,111,200,476	05/03/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de Internet www.axacolpatria.co, el miércoles 4 de marzo de 2026 a las 04:03:35 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Scanned with CamScanner

30118320

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

No.Radicación: 229450

FECHA DE RADICACIÓN: 06 03 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN — B. REPORTE DE NOVEDADES: X
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual — B. Colectivo — C. Institucional — D. De oficio — E. Cotizante o cabeza de familia: X — F. Beneficiario o afiliado adicional
3. ESQUEMA: A. Contributivo: X — B. Subsidiado
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI — NO: X
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: A1778

II. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: LOZADA — SEGUNDO APELLIDO: ROBLES — PRIMER NOMBRE: WEIMER — SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 93453777 — 11. SEXO BIOLÓGICO: X — 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X — Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA — TOLIMA — CHAPARRAL — 15. FECHA NACIMIENTO: 18 12 1979

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 — 17. DISCAPACIDAD: SI — NO: X — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD — 18. TIENE ENCUESTA SISBÉN?: SI — NO: X — 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL — GRUPO — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. ARL: NINGUNA

23. AFP: PORVENIR — 24. IBC: $1,800,000.00 — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00 — 26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: DIAGONAL 6 N° 3-06

TELÉFONO FIJO — TELÉFONO CELULAR: 3214342378 — CORREO ELECTRÓNICO: weimerlozada6@gmail.com — DEPARTAMENTO: TOLIMA

MUNICIPIO / DISTRITO: CHAPARRAL — LOCALIDAD/COMUNA — ZONA: CABECERA MUNICIPAL: X — CENTRO POBLADO — RURAL DISPERSO — RESTO RURAL — IPS: 2046

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Campos a completar por el cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 30. SEXO BIOLÓGICO — 31. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?

32. NACIONALIDAD — 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO — 34. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. ETNIA	44. OTRO	45. CUAL	46. MADRE DE FAMILIA ADOLESCENTE	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CUAL	50. PERTENECE A POBLACIÓN PRIORITARIA SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO / DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. MARCA SI LA IPS ES DE ALTA COMPLEJIDAD	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social: union temporal tolima vial 2026 — 56. Tipo documento de identificación: X — 57. Número del documento de identificación: 901995102 — 58. Tipo de aportante o pensionado (a registrar por la EPS)

59. Ubicación: CL 36 18 23 OFC 201 — 3182655950 — LICITACIONES.INGENIERIADEVIAS@GMAIL.COM — DISTRITO CAPITAL — 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 IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código:
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR: X
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN TPS RETORNO AL PAÍS, RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 62. SEXO BIOLÓGICO — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD: 05 03 2026 — 67. MOTIVO DE TRASLADO Código — 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A PRIVADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
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. Anexo soporte de la Entidad.
72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezcas comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos: X
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los fines regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

JESSICA LENIS CORTES

81. El empleador, aportante, pensionado, entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

Unión Temporal Tolima Vial 2026

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN — MS — RC — TI — CC — CE — SC — PA — CD — AS — PT — Cantidad — Total

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 los que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. — Total Anexos

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio — Código del departamento — 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA — MES — AÑO — 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA — MES — AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

Scanned with CamScanner

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo WEIMER LOZADA ROBLES identificado (a) con CC numero 93453772 de CHAPARRAL, certifico que:

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

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3214342378
y/o correo electrónico: weimerlozada6@gmail.com
SI☐ No☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI☐ No☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta. SI☐ NO☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____
No. _____ desde el dia _____ del año _____

Cordialmente,
Firma: [signature]
Tipo ID: CC No. ID: 93453772
Fecha de Solicitud: 06/03/2026
Dirección: DIAGONAL 6 N° 3-06
Tel: 3214342378 Municipio: CHAPARRAL
Departamento: TOLIMA
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: _____
Tipo ID _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hara NUEVA EPS S.A. en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI	
	NINGUNA	PORVENIR	1800000		NO			NO	

Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	Inicio Contrato	Fin Contrato
	Básica Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____		

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 58 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Yenifer Dayana Ortiz Rubio	A1778		CIUDAD Y FECHA

Scanned with CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Proteccion

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOZADA ROBLES WEIMER** identificado(a) con **CC** numero **93.453.772** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN desde el dia 20 de mayo de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION MAYOR RIESGO**

Esta constancia se expide a peticion del interesado(a) el dia 26 de marzo de 2025

Cordialmente

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros
Linea de servicio Protección Bogotá **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla **319 79 99** - Cartagena **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

HOJA DE VIDA WEIMER LOZADA ROBLEZ

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner

ComfaTolima
Somos familia

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260307407850		Fecha de radicado	07/03/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	93453772
Nombre	WEIMER LOZADA ROBLES
Fecha de afiliación	05/03/2026

VIGILADO SuperSubsidio

Scanned with CamScanner

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 09d7d33-01c5-4c04-a008-37bd6f0072b

Nombres y apellidos / Full name

WEIMER LOZADA ROBLES

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

9 3 4 5 3 7 7 2

Fecha de nacimiento / Date of birth

18/12/1979

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3233433568

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID JANSSEN	Única	21	10	2021	Janssen	203F21A	PUERTO TRIUNFO Hospital Puerto Triunfo	GLORIA DEL CARMEN CIRO MONTOYA
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	07	09	2022	Moderna Biotech	060M21A	CHAPARRAL ESE HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA	AURORA DEL CARMEN LEYTON QUITORA
Fiebre Amarilla	Única	12	04	2025	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	23K0651	CHAPARRAL ESE HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA	YADIRA MENDEZ

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Scanned with CamScanner