

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

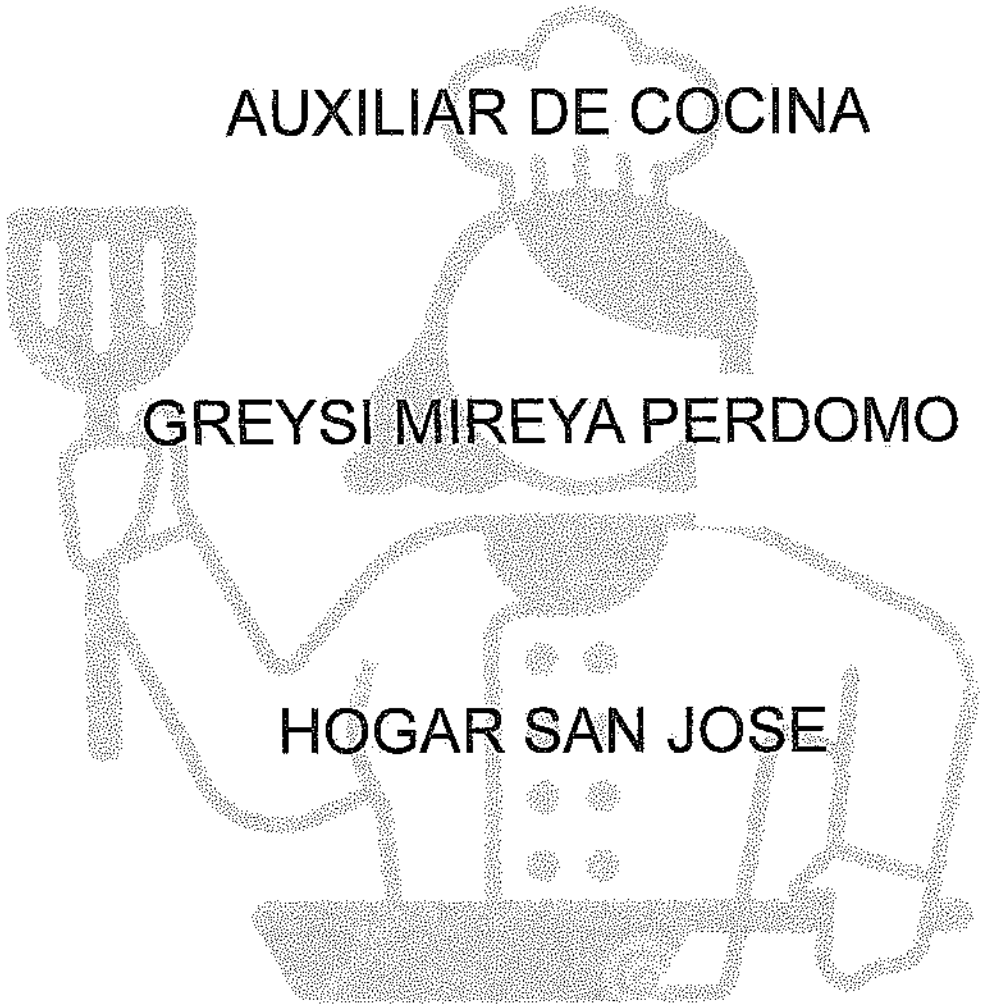
ANEXO 77.

EXAMENES OCUPACIONALES Y AFILIACIONES A PERSONAL

7397

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

AUXILIAR DE COCINA



GREYSI MIREYA PERDOMO

HOGAR SAN JOSE

9396

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/09 03:30:10 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
ENFASIS : MANIPULACION DE ALIMENTOS
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 10:38:36



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONÓMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE COCINA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	GREYCI MIREYA				Apellidos	PERDOMO POLO			
Identificación	CC	1023902889	Telefonos	3106956542	Genero	F	Identidad de Género	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1990-11-10	Direccion	VILLATERESA		Departamento	META	Ciudad	ACACIAS	
Edad	35 Años	RH	O +	Escolaridad	BACHILLER		Estado Civil	SOLTERO	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS				ARP	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	COPROLOGICO
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	FROTIS DE GARGANTA	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. [illegible]

Greyci M. P. P

3399

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S

Número de Radicación:

Fecha de Radicación: 31 01 2026

Página 1 de 2

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Sí [ ] 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 (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres completos: padamo | Polo | Greyci | mireya.
9. Tipo documento de identidad:
10. Número de documento de identidad: 1.023.907.889
11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
12. Sexo de identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: colombiana
14. Lugar de nacimiento: País colombia Departamento caqueta Municipio florencia
15. Fecha de nacimiento: 1 0 1 1 1 9 9 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia:
17. Comunidad:
18. Discapacidad: Sí [ ] No [ ] Categoría de discapacidad: Tipo Condición
19. Tiene encuesta SISBEN: Sí [ ] No [ ]
20. Clasificación SISBEN: Nivel Grupo
21. Grupo de población especial:
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: sura
23. Administradora de Pensiones: porvenir
24. Ingresos base de cotización - IBC: 1.750.090
25. Tarifa Contribución Solidaria:
26. Residencia: cll 24 18a35 | N/A | 310 695 65 42 | polagreisy4@gmail.com
Meta | Acacias | Localidad/Comuna | Zona: 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 completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
28. Tipo documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo de identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de doc. de identidad	37. Número de doc. 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							

Datos complementarios del beneficiario

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

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

55. Nombre o razón social: Union Temporal cuidado y esperanza 2026
56. Tipo de documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 902.019.882-5
58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS):
59. Ubicación: cll 13 A # 30-48 | 315 838 5962 | ut cuidado y esperanza 2026@gmail.com | Meta | Acacias

7400

apitalsalud
EPS-S

8. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección de los datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización y corrección datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS
   Código
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
11. Inscripción EPS retorno al país
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14. Movilidad — A. Régimen Contributivo — B. Régimen Subsidiado
15. Traslado — A. Mismo Régimen — B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
17. Reporte del 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 de documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino / Masculino	63. Sexo identificación: F / M / T / NS / OTRO / Cuál?	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	26 12 02 25	Código	

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 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 el 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

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: + yuri Ariza garavito

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT

Cantidad de documentos de identidad anexos: Total 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 del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación 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
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.

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

Observaciones:

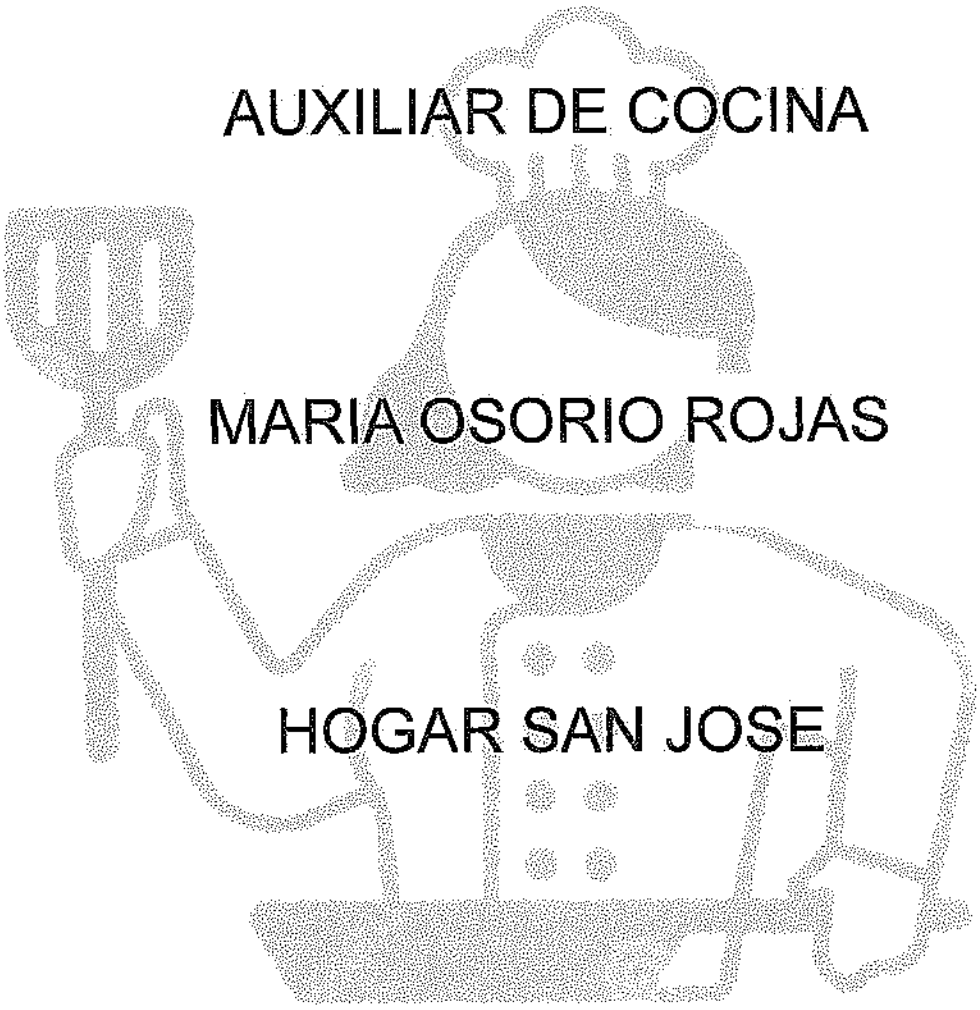
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VERSIÓN: 3 (Septiembre 2014)

7401

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

AUXILIAR DE COCINA



MARIA OSORIO ROJAS

HOGAR SAN JOSE

7402

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 03:51:44 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
ENFASIS : MANIPULACION DE ALIMENTOS
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 11:22:44



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE COCINA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	MARIA				Apellidos	OSORIO ROJAS			
Identificación	CC	40428331	Telefonos	3204820470	Genero	F	Identidad de Género	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1965-02-21	Direccion	PLAYON		Departamento	META	Ciudad	ACACÍAS	
Edad	60 Años	RH	O +	Escolaridad	BACHILLER		Estado Civil	SOLTERO	
EPS	NUEVA EPS				ARP	NINGUNA			
AFP	NO REFIERE								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	COPROLOGICO
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	FROTIS DE GARGANTA	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/01/2026, el empleador UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026 identificado con NIT número 902019882 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9864693	27/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACION	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	40428331	MARIA OSORIO ROJAS	1750905	AYUDANTE DE COCINA	2026-01-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

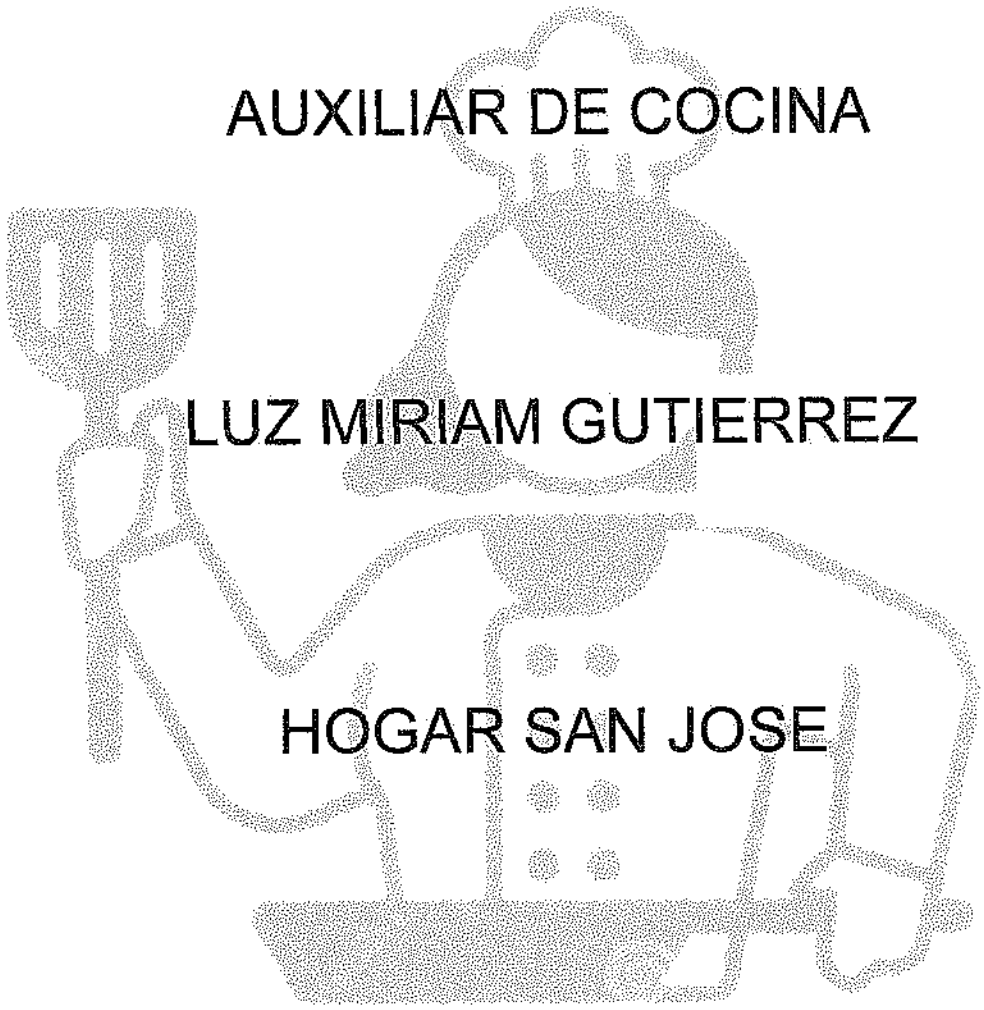
GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

7404

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

AUXILIAR DE COCINA



LUZ MIRIAM GUTIERREZ

HOGAR SAN JOSE

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 02:24:12 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
ENFASIS : MANIPULACION DE ALIMENTOS
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 08:33:59



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUYXILIAR DE COCINA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	LUZ MIRYAM				**Apellidos**	GUTIERREZ TURRIAGO			
Identificación	CC	40433142	**Telefonos**	3107646217	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1979-03-11	**Direccion**	ACACIAS INDEPENDENCIA		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	46 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	PRIMARIA		**Estado Civil**	CASADO	
EPS	FAMISANAR EPS LTDA				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
COPROLOGICO	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	FROTIS DE GARGANTA

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

3406

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ MIRYAM GUTIERREZ TURRIAGO identificado(a) con CC. 40433142 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2022/11/10**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**MULTISALUD SAS - NUTIVARA - ACACIAS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 11 días del mes de 03 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



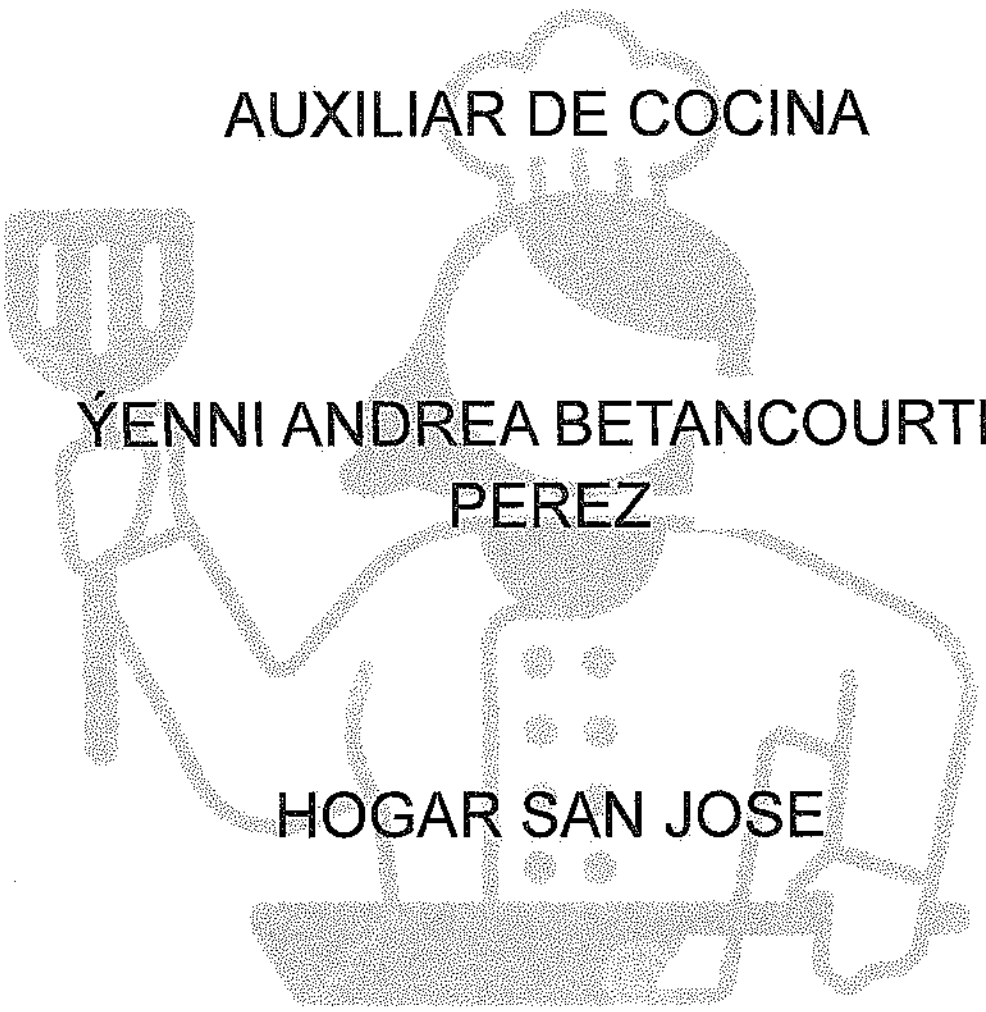
Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

3403

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE COCINA

ÝENNI ANDREA BETANCOURTH PEREZ

HOGAR SAN JOSE

7408

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 03:44:56 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
ENFASIS : MANIPULACION DE ALIMENTOS
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 11:14:04



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE COCINA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	YENNI ANDREA				Apellidos	BETANCOURT PEREZ			
Identificación	CC	1121829927	Telefonos	3112313140	Genero	F	Identidad de Género	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1985-08-25	Direccion	INDEPENDENCIA		Departamento	META	Ciudad	ACACIAS	
Edad	40 Años	RH	O+	Escolaridad	BACHILLER		Estado Civil	UNIÓN LIBRE	
EPS	FAMISANAR EPS LTDA				ARP	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	COPROLOGICO
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	FROTIS DE GARGANTA	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA
HACER USO DE MEDIAS CON GRADIENTE DE PRESIÓN INDICADA POR MEDICO TRATANTE

7409

EPS FAMISANAR S.A.S

NIT. 830.003.564

CERTIFICA

Apellido y Nombres: BETANCOURT PEREZ YENNI ANDREA
Identificación Cotizante: CC 1121829927

Registra aportes por concepto de Cotizaciones al SGSSS, desde 01/01/2026 a 15/02/2026 de la siguiente manera:

Periodo	Ingreso Base	Aporte	Días	Fecha Pago	Identificación	Razón Social	Planilla
01/01/2026	$ 281,620	$ 35,300	5	11/02/2026	NT 902019882	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA DOSMIL VEINTISEIS	9499560984
01/02/2026	$ 1,973,757	$ 246,800	30	18/02/2026	NT 902019882	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA DOSMIL VEINTISEIS	9499804539
Suma total de aportes		$ 282,100					

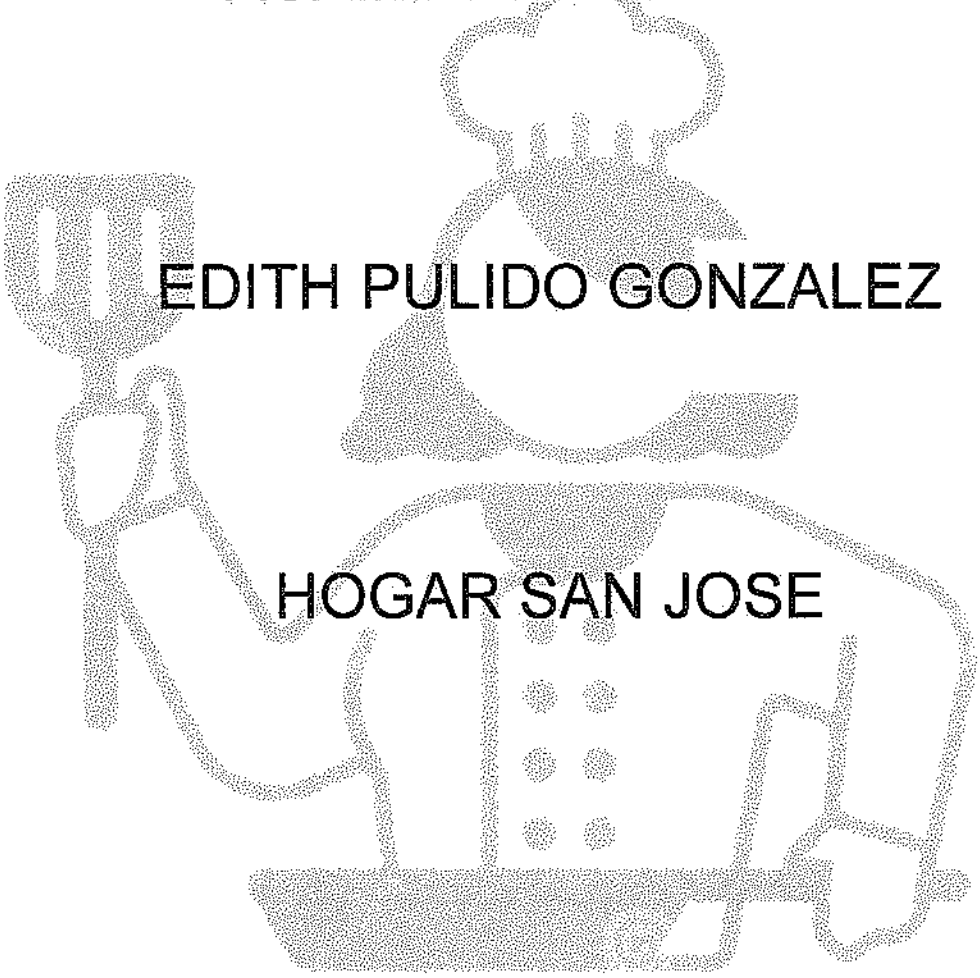
Nota: La anterior información es extraída del Sistema de Información de Pagos de EPS FAMISANAR S.A.S., esta constancia no constituye paz y salvo.

Para constancia se firma el día 12 de 03 de 2026.

3410

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

AUXILIAR DE COCINA



EDITH PULIDO GONZALEZ

HOGAR SAN JOSE

7/11

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 01:15:07 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 08:21:48



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE COCINA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	EDITH				Apellidos	PULIDO GONZALEZ			
Identificación	CC	24675617	Telefonos	3203513382	Genero	F	Identidad de Género	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1980-04-07	Direccion	ACACUAS EL CONSTRUCTOR		Departamento	META	Ciudad	ACACIAS	
Edad	45 Años	RH	O +	Escolaridad	PRIMARIA		Estado Civil	UNIÓN LIBRE	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS				ARP	NINGUNA			
AFP	PROTECCION S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
COPROLOGICO	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	FROTIS DE GARGANTA

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 1046

Edilpulido

SaludTotal

Bogotá, Marzo 11 de 2026

Señora:
PULIDO GONZALEZ EDITH
CC. 24675617
MZ 0 CA 5 SAN ANTONIO - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 30 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
LOAIZA PULIDO JOSE LUIS	1092850377	C	Jul-2-2024	52	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CAMACHO PULIDO JHON STIVEN	1122127502	T	Jul-2-2024	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ene-9-2026	Exclusion por Fallecimiento	Ninguna
PULIDO GONZALEZ EDITH	24675617	C	Jun-30-2016	324	26	COMPANERO	VIGENTE			Ninguna
CAMACHO MORENO ARBEIRO	86010319	C	Jul-3-2024	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
EDITH PULIDO GONZALEZ	24675617	Mecanismo de protección al cesante	CERRADO
FEDERACION ORINOQUENSE DE ONGS ESPLENDOR Y VIDA	24675617	Dependiente	CERRADO
INVERSIONES TYS COM SAS	24675617	Dependiente	CERRADO
INVERSIONES TYS COM SAS	24675617	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	24675617	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	24675617	Dependiente	VIGENTE
CORPORACION UN MANANA MEJOR	24675617	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UN MANANA MEJOR	24675617	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

2413

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

AUXILIAR DE COCINA

SHIRLEY GOLU MURILLO

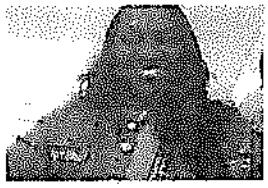
DINAMARCA

3444

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2026/01/10 12:09:52 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
ENFASIS : MANIPULACION DE ALIMENTOS
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-10 08:35:09



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE COCINA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	SHIRLEY				**Apellidos**	GOLU MURILLO			
Identificación	CC	1143927776	**Telefonos**	3227035879	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1989-05-06	**Direccion**	DINAMARCA		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	36 Años	**RH**	O+	**Escolaridad**	BACHILLER		**Estado Civil**	SOLTERO	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	NO REFIERE								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
COPROLOGICO	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	FROTIS DE GARGANTA

2. CONCEPTO DE APTITUD

CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO	.EVITAR MANIPULACION DE ALIMENTOS (HASTA CONTROL DE LABORATORIOS).

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	NO HASTA CONTROL DE LABORATORIOS.

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

OTRAS RECOMENDACIONES. . VALORACION EN EPS CONTROL DE LABORATORIOS. .VALORACION EN EPS POR NUTRICION Y GRUPO DE OBESIDAD.
BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
SVE (CARDIOVASCULAR)
HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016247145	0|2|0|2|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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			
GOLU (Primer apellido)	MURILLO (Segundo apellido)	SHIRLEY (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1143927776	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: CAUCA	Municipio: SANTANDER DE QUILICHAO			0|6|0|5|1|9|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR EPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
ADL DINAMARCA 1		3133473692	SHIRLIGOLU@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona	
META	ACACIAS		Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒	Rural dispersa ☐ 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
	País:	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	País	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			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institucion Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	MULTISALUD SAN JOSE ACACIAS - MULTISALUD SAN JOSE ACACIAS	MULTIACACI - MULTIACACI
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. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA D	NIT	902019882	01

59.Ubicación				
CL 13 30 48 BRR NUTIVAR (Dirección)	6582973 (Teléfono fijo o celular)	UTCUIDADOYESPERANZA2026@GMAIL.COM (Correo electrónico)	META (Departamento)	ACACIAS (Municipio/distrito)

7416

No de Radicacion
4016247145

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 inscripción en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación 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 Femenino ☐ Masculino ☐	63.Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad 2|8|/|2|2|/|0|2|5	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

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 Contributivo,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 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 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 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

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 unión 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 unión 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 certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada 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, así como la veracidad de las demás información registrada.

947

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

AUXILIAR DE COCINA

OLMA PALACIOS ROMAN

ZONA ALTA

7477

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/09 03:10:10 pm

33

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
ENFASIS : MANIPULACION DE ALIMENTOS
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-09 09:21:05



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE CONICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	OLMA				**Apellidos**	PALACIOS ROMAN			
Identificación	CC	30972365	**Telefonos**	3202942206	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1981-10-26	**Direccion**	SAMAN		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACÍAS	
Edad	44 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	BACHILLER		**Estado Civil**	UNIÓN LIBRE	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	COLPENSIONES								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	COPROLOGICO
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	FROTIS DE GARGANTA	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	VALORACION EPS PROGRAMA DE OBESIDAD Y NUTRICION

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10481

Olma Palacios Roman

3479

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2026/01/09 03:10:16 pm

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

OLMA PALACIOS ROMAN
Documento: 30972365
Firma del trabajador

3420

Salud Total EPS S.A.

Bogotá, Marzo 11 de 2026

Señora:
PALACIOS ROMAN OLMA
CC. 30972365
CL 10 B 37 11 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 2 de 2025. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
PALACIOS ROMAN JHON ELMER	1122119109	C	Abr-2-2025	47	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PALACIOS ROMAN OLMA	30972365	C	Abr-2-2025	47	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
HERNANDEZ NIÑO FERNANDO	79977392	C	Abr-2-2025	47	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CORPORACION UN MANANA MEJOR	30972365	Dependiente	VIGENTE
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	30972365	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	30972365	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	30972365	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

3427

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

NIT: 902.019.882-5

HOJA DE VIDA

AUXILIAR DE COCINA

ADRIANA GOMEZ GONZALEZ

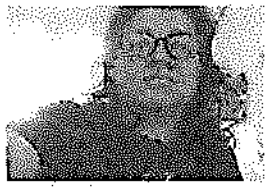
ZONA ALTA

7422

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2026/01/08 02:34:07 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
ENFASIS : MANIPULACION DE ALIMENTOS
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 08:55:51



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE COCINA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	ADRIANA				**Apellidos**	GOMEZ GONZALEZ			
Identificación	CC	40432980	**Telefonos**	3143335216	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1981-05-14	**Direccion**	POPULAR		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACÍAS	
Edad	44 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	BACHILLER		**Estado Civil**	UNIÓN LIBRE	
EPS	NUEVA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
COPROLOGICO	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	FROTIS DE GARGANTA

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS VALORACIÓN EPS PROGRAMA DE OBESIDAD Y NUTRICION
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

3473

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2026/01/08 02:34:11 pm

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10461

Adriana Gómez González

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

ADRIANA GOMEZ GONZALEZ
Documento: 40432980
Firma del trabajador

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

AUXILIAR DE COCINA

LEIDY VIVIANA ARBOLEDA

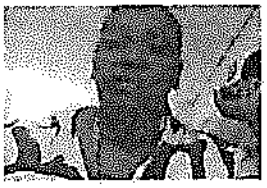
DINAMARCA

7425.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2026/01/10 12:05:53 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
ENFASIS : MANIPULACION DE ALIMENTOS
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-10 08:28:13



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE COCINA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	LEYDY VIVIANA				**Apellidos**	ARBOLEDA ASPRILLA			
Identificación	CC	1122128353	**Telefonos**	3154932844	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1991-04-03	**Direccion**	DINAMARCA		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	34 Años	**RH**	A +	**Escolaridad**	BACHILLER		**Estado Civil**	SOLTERO	
EPS	NUEVA EPS				**ARP**	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA			
AFP	NO REFIERE								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
COPROLOGICO	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	FROTIS DE GARGANTA

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

OTRAS RECOMENDACIONES. .VALORACION EN EPS POR NUTRICION Y GRUPO DE OBESIDAD
BAJAR DE PESO
REMISION A EPS
SVE (CARDIOVASCULAR)
HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO
REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/01/2026, el empleador UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026 identificado con NIT número 902019882 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9864877	27/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1122128353	LEYDYVIVIANA ARBOLEDA ASPRILLA	1750905	AYUDANTE DE COCINA	2026-01-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

7427

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2025



AUXILIAR DE ENFERMERIA

MAYRA ALEJANDRA ROBLES SANCHEZ

HOGAR SAN JOSE

3428

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 03:36:00 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 10:48:30



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE NEFERMERIA

ENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	MAYRA ALEJANDRA				Apellidos	ROBLES SANCHEZ			
Identificación	CC	1122142785	Telefonos	3213965532	Genero	F	Identidad de Género	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1998-04-04	Direccion	LA JOYITA		Departamento	META	Ciudad	ACACIAS	
Edad	27 Años	RH	O +	Escolaridad	TECNICO		Estado Civil	SOLTERO	
EPS	NUEVA EPS				ARP	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

ARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR
SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic 10421

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849

MAYRA ALEJANDRA ROBLES SANCHEZ
Documento: 1122142785

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/01/2026, el empleador UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026 identificado con NIT número 902019882 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9864769	27/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1122142785	MAYRAALEJANDRA ROBLES SANCHEZ	1750905	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2026-01-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Enero del año 2026.

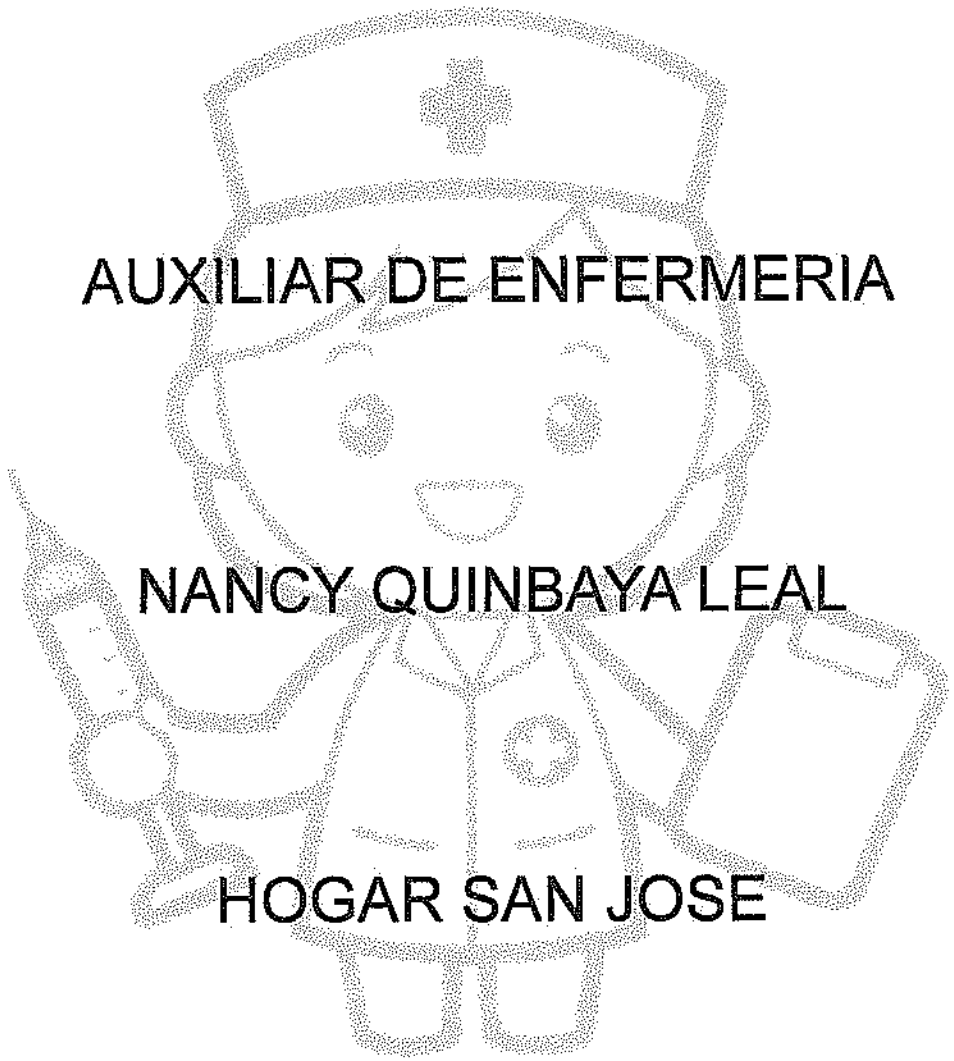
Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

7430

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE ENFERMERIA

NANCY QUINBAYA LEAL

HOGAR SAN JOSE

7431

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 02:48:07 pm

12

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 09:16:33



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	NANCY				**Apellidos**	QUIMBAYA LEAL			
Identificación	CC	36066328	**Telefonos**	3132534099	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1978-09-08	**Direccion**	NUEVAJERUSALEN		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	47 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	UNIÓN LIBRE	
EPS	NUEVA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PROTECCION S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10451

Nancy Quimbaya

3432

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 02:48:13 pm

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

NANCY QUIMBAYA LEAL
Documento: 38066328
Firma del trabajador

7433

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/01/2026, el empleador UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026 identificado con NIT número 902019882 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9864751	27/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	36066328	NANCY QUIMBAYA LEAL	1750905	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2026-01-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3434

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE ENFERMERIA

BIBIANA ANDRADE ZARTA

HOGAR SAN JOSE

3435

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2026/01/08 02:30:46 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 08:47:08



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE NEFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	BIBIANA				**Apellidos**	ANDRADE ZARTA			
Identificación	CC	40434047	**Telefonos**	3104396443	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1982-11-12	**Direccion**	MORICHAL		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	43 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	UNIóN LIBRE	
EPS	SANITAS EPS SA				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10461

Bibiana Andrade Z.

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

BIBIANA ANDRADE ZARTA
Documento: 40434047
Firma del trabajador

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2026

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40434047
NOMBRES Y APELLIDOS	Andrade Zarta,Bibiana
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/06/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Andrade Zarta,Bibiana , a los 11 días del mes de marzo del año 2026.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

7437

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

HOJA DE VIDA



AUXILIAR DE ENFERMERIA

GLORIA DERLY ROMERO RINCON

HOGAR SAN JOSE

9438

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/09 02:52:07 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-09 07:25:16



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE NEFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	GLORIA DERLY				**Apellidos**	ROMERO RINCON			
Identificación	CC	40428595	**Telefonos**	3002740538	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1972-03-16	**Direccion**	CENTERO		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	53 Años	**RH**	O -	**Escolaridad**	TECNOLOGICO		**Estado Civil**	UNIÓN LIBRE	
EPS	SANITAS EPS SA				**ARP**	NINGUNA			
AFP	COLPENSIONES								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA
HACER USO DE MEDIAS CON GRADIENTE DE PRESIÓN INDICADA POR MEDICO TRATANTE

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10461

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

GLORIA DERLY ROMERO RINCON
Documento: 40428595
Firma del trabajador

3439

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2026

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40428595
NOMBRES Y APELLIDOS	Romero Rincon,Gloria Derly
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Romero Rincon,Gloria Derly, a los 11 días del mes de marzo del año 2026.

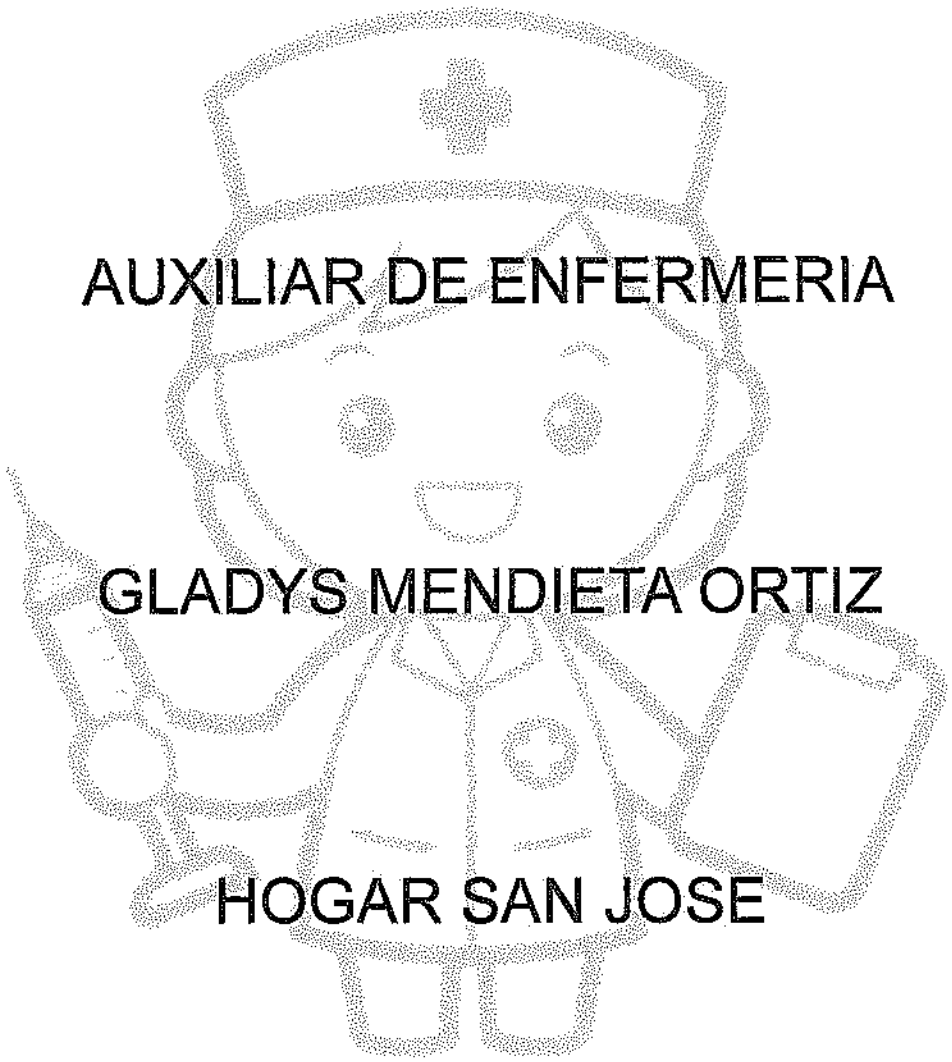
NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

7440

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE ENFERMERIA

GLADYS MENDIETA ORTIZ

HOGAR SAN JOSE

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/09 03:12:07 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-09 09:29:45



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	GLADYS				Apellidos	MENDIETA ORTIZ			
Identificación	CC	21176946	Telefonos	3203391153	Genero	F	Identidad de Género	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1966-12-10	Direccion	MANCERA		Departamento	META	Ciudad	ACACÍAS	
Edad	59 Años	RH	O+	Escolaridad	TECNICO		Estado Civil	SOLTERO	
EPS	FAMISANAR EPS LTDA				ARP	NINGUNA			
AFP	COLPENSIONES								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic 10461

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

GLADYS MENDIETA ORTIZ
Documento: 21176946
Firma del trabajador

7447

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE ENFERMERIA

LUZ MERY INFANTE RODRIGUEZ

HOGAR SAN JOSE

7443

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 03:07:48 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 09:54:46



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE NEFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	LUZ MERY					**Apellidos**	INFANTE RODRIGUEZ		
Identificación	CC	1032397582	**Telefonos**	3123328779	**Genero**	M	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1987-09-16	**Direccion**	NUEVA JERUSALEN		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	38 Años	**RH**	O+	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	SOLTERO	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10461

Luz Mery Infante R

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

LUZ MERY INFANTE RODRIGUEZ
Documento: 1032397582
Firma del trabajador

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016247091	0|2|0|2|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 ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ 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			
INFANTE (Primer apellido)	RODRIGUEZ (Segundo apellido)	LUZ (Primer nombre)	MERY (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1032397582	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		1|6|0|3|1|9|8|7

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
TO 3 AP 501 (Dirección)	Teléfono fijo	3123328778 (Teléfono celular)	LUZR53712@GMAIL.COM (Correo electronico)
META (Departamento)	ACACIAS (Municipio/Distrito)	Localidad / comuna	zona: 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
	País:	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	País	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: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	MULTISALUD SAN JOSÉ ACACIAS - MULTISALUD SAN JOSÉ ACACIAS	MULTIACACI - MULTIACACI
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)
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	NIT	902019582	01

59.Ubicacion				
CL 13 30 48 BRR NUTIVAR (Dirección)	6560898 (Teléfono fijo o celular)	UTCUIDADOYESPERANZA2026@GMAIL.COM (Correo electrónico)	META (Departamento)	ACACIAS (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4016247091

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 inscripción en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación 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. Regimen 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 5 1 2 2 0 2 5	☐	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR REGIONAL DEL META COFREM

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 Contributivo,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 afiliación 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 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 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 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

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 entidad competente.
- ☐ 84. Copia 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 para 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 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 certificado 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 ordena 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
98. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

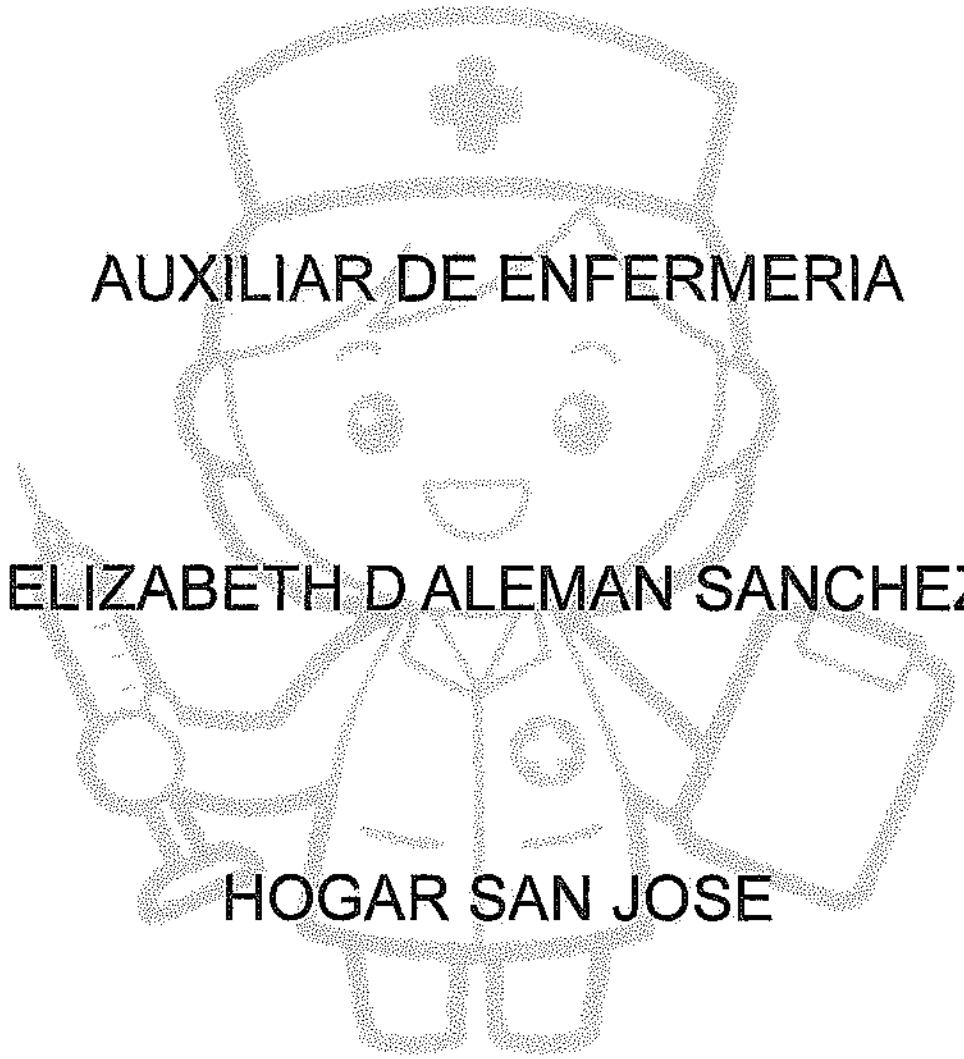
Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

AUXILIAR DE ENFERMERIA

ELIZABETH D ALEMAN SANCHEZ

HOGAR SAN JOSE



3447

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 02:26:21 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 08:39:32



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	ELIZABETH				**Apellidos**	D ALEMAN SANCHEZ			
Identificación	CC	39802414	**Telefonos**	3202219364	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1973-09-01	**Direccion**	ACACIAS CIERRANEVADA		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	52 Años	**RH**	A +	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	UNIóN LIBRE	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	COLPENSIONES								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10461

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1116945849
RM: LIC 10461

ELIZABETH D ALEMAN SANCHEZ
Documento: 39802414
Firma del trabajador

SaludTotal

Bogotá, Marzo 11 de 2026

Señora:
D ALEMAN SANCHEZ ELIZABETH
CC. 39802414
- 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 29 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ROJAS OALEMAN KIMBERLI ELIZABETH	94082227835	T	Feb-19-2009	124	28	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Jun-3-2012	Tx a Regimen Subsidiado - Archivos S Fosyga	Ninguna
ROJAS O ALEMAN EMELYN AUDREY	98092471330	T	Ago-29-2012	6	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Mar-2-2013	Desafiliado por desvinculación laboral	Ninguna
D ALEMAN SANCHEZ ELIZABETH	39802414	C	Jun-29-2024	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ROJAS URREA HECTOR HERNANDO	80438929	C	Ago-29-2012	6	26	COMPAÑERO	NO VIGENTE	Mar-2-2013	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
ROJAS O ALEMAN MAYERLI TATIANA	93081027097	T	Feb-19-2009	124	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Jun-27-2012	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CORPORACION UN MANANA MEJOR	39802414	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UN MANANA MEJOR	39802414	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UN MANANA MEJOR	39802414	Dependiente	VIGENTE
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	39802414	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	39802414	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

7449

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE ENFERMERIA

EDNA MAYREN ESPITIA MURCIA

HOGAR SAN JOSE

3410

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 01:09:16 pm

19

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 07:36:46



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	EDNA MAYREN				**Apellidos**	ESPITIA MURCIA			
Identificación	CC	40403526	**Telefonos**	3126717811	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1972-09-14	**Direccion**	ACACIAS - LLANOVERDE		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	53 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	SOLTERO	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

3451

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10461

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

EDNA MAYREN ESPITIA MURCIA
Documento: 40403526
Firma del trabajador

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4018244987	8|2|0|2|2|0|7|6

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

1. Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedades ☒
2. Tipo afiliado: A. Individual ☐ (Cotizante Cabeza de familia ☒ / Beneficiario afiliado adicional ☐ / Pensionado ☐) B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐
3. Regimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Contribución Solidaria: SI ☐ No ☒
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario B. Afiliado adicional
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
7. Codigo (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y Nombres			
1. ESPITIA (Primer apellido)	2. MURCIA (Segundo apellido)	3. EDNA (Primer nombre)	4. MAYREN (Segundo nombre)

9. Tipo documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Fecha Nacimiento
CC	40423529	Femenino ☒ Masculino ☐	F☒ M☐ T☐ NB☐ Otro☐ Cual	1|4|0|9|1|9|7|2

14. Nacionalidad	15. Lugar Nacimiento				
	Pais	Departamento	Municipio		
COLOMBIA	COLOMBIA	META	ACACIAS		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos opcionales

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

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1750905	

26. Residencia			
CR 14 11 47 Dirección	Telefono fijo	3197471373 Telefono celular	MAYREN1403@HOTMAILES Correo electronico

META Departamento	ACACIAS Municipio/Distrito	Localidad / comuna	Zona: 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	32. Nacionalidad	33. Lugar Nacimiento		34. Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F☐ M☐ T☐ NB☐ Otro☐ Cual		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: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	MULTISALUD SAN JOSE ACACIAS - MULTISALUD SAN JOSE ACACIAS	MULTIACACI - MULTIACACI
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)
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	NIT	902019882	01

59. Ubicación				
CL 13 30 48 BRR NUTIVAR Dirección	6567899 Telefono fijo o celular	UTCUIDADOYESPERANZA2026@GMAIL.COM Correo electrónico	META Departamento	ACACIAS Municipio/distrito

No de Radicación
4016246337

5. REPORTE DE NOVEDADES

58. 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 inscripción en la EPS
   Código: ☐
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: ☐
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. ☒ Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de 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 traslado 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 la Identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad 2 6 1 2 2 0 2 5	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

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 Contributivo,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 copia 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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 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

Elva Herrera Espit	yuri Arrazcaeta
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 unión 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 unión 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 consta la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración ausente 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 consista la calidad de beneficiario o se imponga 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, así como la veracidad de los demás información registrada.

3459

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE ENFERMERIA

MIREYA ALAPE RINCON

HOGAR SAN JOSE

945

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/10 11:49:51 am

10

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-10 07:32:32



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	MIREYA					**Apellidos**	ALAPE RINCON		
Identificación	CC	40434784	**Telefonos**	3204056294	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1984-02-13	**Direccion**	CIUDADELA VERDE TORRE 3 APTO 504	**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS		
Edad	41 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	TECNICO	**Estado Civil**	CASADO		
EPS	SANITAS EPS SA			**ARP**	NINGUNA				
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
REMISION A EPS
SVE (VISUAL)
HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic 10461

Mireya Alape Rincon

3456

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2026

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40434784
NOMBRES Y APELLIDOS	Alape Rincon,Mireya
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	17/03/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Alape Rincon,Mireya , a los 11 días del mes de marzo del año 2026.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

AUXILIAR DE ENFERMERIA

MARIA TERESA ATEHORTUA JIMENEZ

HOGAR SAN JOSE

3457

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2026/01/08 02:54:08 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 09:28:39



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	MARIA TERESA				**Apellidos**	ATEHORTUA JIMENEZ			
Identificación	CC	1111198852	**Telefonos**	3133163717	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1992-01-22	**Direccion**	SAMAN		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	33 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	UNIÓN LIBRE	
EPS	NUEVA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

RA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

REMISION A EPS
CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10451

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849

MARIA TERESA ATEHORTUA JIMENEZ
Documento: 1111198852

RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

Firma del trabajador

7460

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/01/2026, el empleador UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026 identificado con NIT número 902019882 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9864795	27/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1111198852	MARIATERESA ATEHORTUA JIMENEZ	1750905	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2026-01-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

7452

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE ENFERMERIA

LEIDY LINSAY NAVARRO CASTRO

HOGAR SAN JOSE

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/09 03:50:07 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-09 10:26:31



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	LEIDY LINSAY			**Apellidos**		NAVARRO CASTRO			
Identificación	CC	1122128231	**Telefonos**	3123417070	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1990-05-12	**Direccion**	INDEPENDENCIA	**Departamento**	META		**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	35 Años	**RH**	B +	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	SOLTERO	
EPS	CAPITAL SALUD EPS-S			**ARP**	NINGUNA				
AFP	NO REFIERE								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10461

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

LEIDY LINSAY NAVARRO CASTRO
Documento: 1122128231
Firma del trabajador

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S

Número de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	Si [ ] No [X]

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o caboza de familia)

8. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
NAVARRO	CASTRO	LEYDI	LINSAY

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación
cedula de ciudadania	1.122.126.231	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cual?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	(D D M M A A A A)
colombiana	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	1 2 0 5 1 9 9 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad: Tipo	Condición
N/A	N/A	Si [ ] No [X]	N/A	N/A

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
Si [X] No [ ]	Nivel Grupo C 9	N/A

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingresos base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
ARL SURA	PORVENIR	1.850.000	N/A

26. Residencia			
Dirección de residencia		Teléfono fijo y celular	Correo electrónico
CLL 17 N. 12A - 21		3123417070	leidynavarro1705@gamil.com

Departamento	Municipio		Zona
META	ACACIAS		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 completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo de identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cual?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	(D D M M A A A A)

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

35. Apellidos y nombres completos				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de doc. de identidad	37. Número de doc. de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación					41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	Cual?	País	Departamento	Municipio	(D D M M A A A A)
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

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

	51. Datos de residencia						52. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Dirección de residencia	Teléfono fijo y celular	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Valor de la UPC del cotizante
B1							
B2							
B3							

	Parentesco	Departamento de residencia	Municipio de residencia
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS
C	
B	
B	
B	

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 de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026	NIT	902.019.882-5	Seleccione según la tabla

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono fijo y celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio
CLL 13A N. 30 - 48	315 8335962	utcuidadoyesperanza2026@gmail.com	META	ACACIAS

VIGILADO Supersalud

capitalsalud
eps-s

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del 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 de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1.122.128.231	Femenino [X] Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cual?	1 2 0 5 1 9 9 0

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	0 1 0 1 2 0 2 6	Código ☐	

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 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 el 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

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:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Total 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.
- 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.

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

Observaciones:

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

VIGILADO Supersalud

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE ENFERMERIA

INGRID VIANNEY TUNJANO ROJAS

HOGAR SAN JOSE

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 03:02:06 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 09:42:28



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	INGRID VIANNEY				**Apellidos**	TUNJANO ROJAS			
Identificación	CC	40434786	**Telefonos**	3103161031	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1984-09-09	**Direccion**	OASIS		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	41 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	UNIÓN LIBRE	
EPS	SANITAS EPS SA				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA
HACER USO DE MEDIAS CON GRADIENTE DE PRESIÓN INDICADA POR MEDICO TRATANTE

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10461

7962

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

INGRID VIANNEY TUNJANO ROJAS
Documento: 40434786
Firma del trabajador

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2026

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40434786
NOMBRES Y APELLIDOS	Tunjano Rojas,Ingrid Vianney
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	17/03/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Tunjano Rojas,Ingrid Vianney, a los 11 días del mes de marzo del año 2026.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2469

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE ENFERMERIA

YIMMY RIASCOS RIASCOS

HOGAR SAN JOSE

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/09 02:50:09 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-09 07:17:57



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	YIMY				Apellidos	RIASCOS RIASCOS			
Identificación	CC	94441815	Telefonos	3103257039	Genero	M	Identidad de Género	MASCULINO	
Fecha Nacimiento	1978-08-14	Direccion	COOPERATIVO		Departamento	META	Ciudad	ACACÍAS	
Edad	47 Años	RH	A +	Escolaridad	TECNICO		Estado Civil	CASADO	
EPS	FAMISANAR EPS LTDA				ARP	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

ARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es clara"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10461

Yimy Riascos R.

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

YIMY RIASCOS RIASCOS
Documento: 94441815
Firma del trabajador

Famisanar

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

1. Tipo de Usuario: A. Cotizante X
2. Tipo de Afiliación: A. Principal X
3. Régimen: A. Contributivo X
4. Contribución solidaria: No X
5. Tipo de afiliado: A. Empleado X
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente X
7. Código:

A. AFILIACION Y DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres: Riascos Riascos Yimy

9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número de identificación: 94.441.815
11. Sexo biológico: X
12. Fecha de identificación:
13. Nacionalidad: Colombiano

14. Lugar de nacimiento: López cauca
País: colombia
Departamento: Cauca
Municipio: López de Micay
15. Fecha de nacimiento: 14 08 1978

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Edad: 17. Condición:
18. Discapacidad: X
Categoría discapacidad:
19. Tiene encuesta SISBEN: X
20. Clasificación SISBEN: Nivel: 5 Grupo: B
21. Grupo de población especial:
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:
23. Administradora de Pensiones:
24. Ingresos base de cotización - IBC: 1.794.649
25. Tarifa contribución solidaria:

26. Residencia:

C. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres: Castro Ladino Adriana Paola

28. Tipo de documento de identidad: CC
29. Número del documento de identidad: 40434058
30. Sexo biológico: X
31. Sexo identificación:
32. Nacionalidad: Colombiana

33. Lugar de nacimiento: Vlao
País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio: Acacias
34. Fecha de nacimiento: 16 05 1983

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

	35. Apellidos y nombres				36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
a	Riascos	Castro	Cari Dayanna	Daniela Alejandra	CC	1121858979	Colombiana	X	X	Colombia Vlao	09 12 2007
b	Riascos	castro	Brayan	stiveen	TI	1121883318	Colombiana	X	X	Colombia Vlao	03 11 2009
c	Cuchimba	Castro			CC	1006913712	Colombiana	X	X	Colombia Vlao	18 10 2002
d											
e											

Datos complementarios (del beneficiario)

	43. Parentesco	44. Zona	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
a								
b								
c								
d								
e								

51. Datos de la empresa

Código empresa	Nombre o Razón Social	Zona	Departamento	Municipio	Centro trabajo	Clase riesgo	Teléfono fijo y No celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional
a								
b								
c								
d								
e								

	Dirección	Departamento - Municipio	Correo electrónico
a			
b			
c			
d			

7472

22. Número de la resolución de habilitación de Salud - SHS

24. Código de la IPS

6
5a
5c
5b
5d
5e

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

25. Nombre(s) o razón social
Orión Temporal Cuidado y Esfuerzo
26. Tipo de documento de identificación
27. Número del documento de identificación
28. Tipo de aportante a pagador de pensiones

29. Dirección
Clle 13A # 30-48
315 8335962
Acacías
Meta

VI. REPORTE DE NOVEDADES

30. Tipo de novedad

X

VII. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

31. Primer apellido del cotizante
Riascos
32. Segundo apellido del cotizante
Riascos
33. Primer nombre
Yimy
34. Segundo nombre
35. Tipo de documento de identificación
36. Número del documento de identificación
9944815
37. Sexo biológico
X
38. Sexo de identificación
39. Fecha de nacimiento
X
14 08 1978
40. ERL pagado
41. Fecha de novedad
25 12 2025
42. Motivo del traslado
43. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

XXXXXXXXXX

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

44. En caso de suspensión o retiro efectivo por cambio de tarifa o reporte de novedades de grupos familiares que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad
Número de identificación

IX. FIRMAS

Yimy Riascos R.
Jorge Enzo Garavito
X

X. ANEXOS

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

58. Nombre de la entidad territorial
59. Nombre de la institución

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

60. Nombre(s) y apellidos

Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
62. Firma del funcionario

63. Fecha de radicación
64. Hora de radicación

OBSERVACIONES
CARGO: Auxiliar enfermería
CODIGO 5350 FECHA DE INGRESO: 26-DIC-2025

3493

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

CUESTIONARIO ENTREGA 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

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presente de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

[illegible] EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales [illegible] DATOS PERSONALES [illegible] DATOS PERSONALES SENSIBLES [illegible] POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y AVISO DE PRIVACIDAD [illegible] www.famisanar.com.co [illegible]

[illegible]

"Datos sensibles" [illegible]

Firma del Afiliado: Yimy Riascos R.

Nombres y Apellidos: Yimy Riascos Riascos

Identificación: 94.441.815

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI NO X

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos:

Identificación:

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) identificado (a) con el documento No quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

3424

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE ENFERMERIA

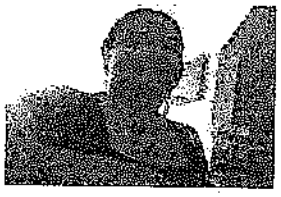
YESICA JHORISIRA TORO PINEDA

HOGAR SAN JOSE

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 03:16:07 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 10:21:00



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	AUXILIAR DE NEFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	YESICA JHORSIRA					**Apellidos**	TORO PINEDA		
Identificación	CC	1122135570	**Telefonos**	3215886509		**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO
Fecha Nacimiento	1994-06-16	**Direccion**	VEREDA EL ROSARIO			**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS
Edad	31 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	SOLTERO	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS					**ARP**	NINGUNA		
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	VALORACION EPS PROGRAMA DE OBESIDAD Y NUTRICION

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

A EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10[illegible]

3126

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2026/01/08 03:10:13 pm

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

YESICA JHORSIRA TORO PINEDA
Documento: 1122135570
Firma del trabajador

3427

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016247031	0|2|0|2|2|0|2|6

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

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ 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			
TORO (Primer apellido)	PINEDA (Segundo apellido)	YESICA (Primer nombre)	JHORSIRA (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1122139570	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: META	Municipio: CUBARRAL		1|6|0|8|1|9|9|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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 10 38 54 BRR EL OASIS		3105522326	YESICAJHORSIRATORO@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona	
META	ACACIAS		Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒	Rural dispersa ☐ 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
	País:	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	País	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			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	MULTISALUD SAN JOSE ACACIAS - MULTISALUD SAN JOSE ACACIAS	MULTIACACI - MULTIACACI
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. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	NIT	902019882	01

59.Ubicación				
CL 13 30 48 BRR NUTIVAR (Dirección)	6561088 (Telefono fijo o celular)	UTCUIDADOYESPERANZA2026@GMAIL.COM (Correo electronico)	META (Departamento)	ACACIAS (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4016247031

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 inscripción en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero, Código: ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de 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 del pensionado
- ☐ 20. Ingreso o 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 6 1 2 2 0 2 5		

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 Contributivo,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 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 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 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 Sistema 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
	Yuri Arizaga aquino

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 unión 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 unión 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 consta 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 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 conste 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		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	

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

94. Apellidos y Nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo 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, así como la veracidad de las demás información registrada.

2429

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026



AUXILIAR DE ENFERMERIA

ANA ISABEL MORALES RODRIGUEZ

CENTRO VIDA ZONA ALTA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2026/01/10 11:48:01 am

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-10 07:40:35



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	ANA ISABEL				**Apellidos**	MORALES RODRIGUEZ			
Identificación	CC	40431881	**Telefonos**	3125603692	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1979-07-07	**Direccion**	MANCERA		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	46 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	SOLTERO	
EPS	NUEVA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PROTECCION S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO
SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic 10461

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

ANA ISABEL MORALES RODRIGUEZ
Documento: 40431881
Firma del trabajador

7481

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

NIT: 902.019.882-5

HOJA DE VIDA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

ADRIANA ALEXANDRA ROLDAN

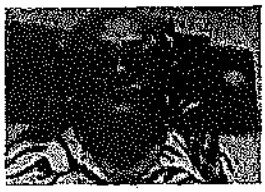
ZONA ALTA

7482

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/10 11:52:07 am

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-10 07:44:14



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUCILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	ADRIANA ALEXANDRA					Apellidos	ROLDAN SANDOVAL		
Identificación	CC	40432175	Telefonos	3112143458	Genero	F	Identidad de Género	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1978-05-20	Direccion	VILLATERESA ACACIAS		Departamento	META	Ciudad	ACACIAS	
Edad	47 Años	RH	O +	Escolaridad	TECNICO		Estado Civil	SOLTERO	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS				ARP	NINGUNA			
AFP	PROTECCION S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
REMISION A EPS
SVE (VISUAL)
HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Medico Especialista en SST
Lic. 10461

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/01/2026, el empleador UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026 identificado con NIT número 902019882 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9864863	27/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	40432980	ADRIANA GOMEZ GONZALEZ	1750905	AYUDANTE DE COCINA	2026-01-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

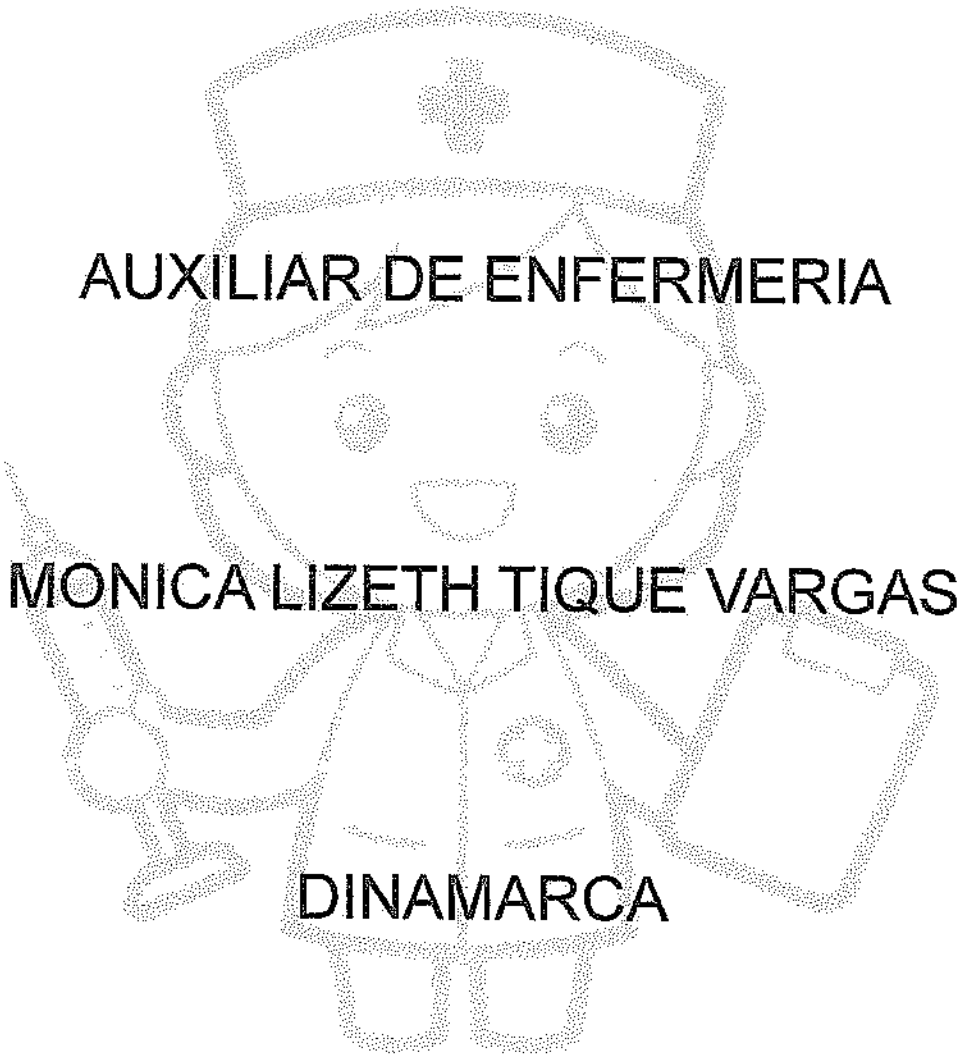
Nueva

7484.

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2025

NIT: 902.019.882-5

HOJA DE VIDA



AUXILIAR DE ENFERMERIA

MONICA LIZETH TIQUE VARGAS

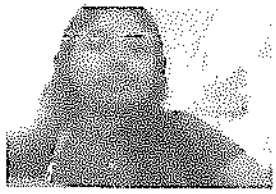
DINAMARCA

7405

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2026/01/10 12:12:09 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-10 09:35:10



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE NEFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	MONICA LIZETH				**Apellidos**	TIQUE VARGAS			
Identificación	CC	1122510770	**Telefonos**	3133849267	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	2005-10-03	**Direccion**	DINAMARCA		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	20 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	TECNICO	**Estado Civil**	UNIóN LIBRE		
EPS	SANITAS EPS SA				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
REMISION A EPS
SVE (CARDIOVASCULAR)
HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 1064...

Monica Tique

JULIO CESAR PINEDA PEREZ

MONICA LIZETH TIQUE VARGAS

3466

1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

Documento: 1122510770
Firma del trabajador

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2026

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1122510770
NOMBRES Y APELLIDOS	Tique Vargas,Monica Lizeth
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	12/08/2024
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Sandoval Murillo,Jose Alejandro, a los 11 días del mes de marzo del año 2026.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

7468

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

NIT: 902.019.882-5

HOJA DE VIDA



AUXILIAR DE ENFERMERIA

KAREN YULITZA VIVEROS DIÁZ

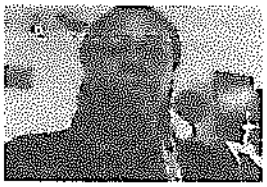
DINAMARCA

2989

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/10 12:13:56 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-10 09:41:24



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	KAREN YULITZA				**Apellidos**	VIVEROS DIAZ			
Identificación	CC	1122127733	**Telefonos**	3202843526	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1999-05-31	**Direccion**	DINAMARCA		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	26 Años	**RH**	A +	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	SOLTERO	
EPS	NUEVA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
LIC 10461

Yulitza Viveros

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

KAREN YULITZA VIVEROS DIAZ
Documento: 1122127733
Firma del trabajador

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

SERVICIOS GENERALES

CECILIA JIMENEZ

HOGAR SAN JOSE

7491

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 02:42:07 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 09:07:46



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	SERVCIIOS GENERALES

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	CECILIA				**Apellidos**	JIMENEZ CEDANO			
Identificación	CC	21177464	**Telefonos**	3213114220	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1966-10-06	**Direccion**	SAMAN		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	59 Años	**RH**	B +	**Escolaridad**	PRIMARIA		**Estado Civil**	UNIÓN LIBRE	
EPS	NUEVA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	SEGUIR CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS DE EPS

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

ARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
REMISION A EPS
REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS
CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO
CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10[illegible]

Cecilia Jimenez

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/01/2026, el empleador UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026 identificado con NIT número 902019882 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9864723	27/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	21177464	CECILIA JIMENEZ CEDANO	1750905	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	2026-01-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

2493

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

SERVICIOS GENERALES

KELLY JARA

HOGAR SAN JOSE

7494

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/10 11:52:14 am

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-10 07:54:02



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	KELLY JULIETH				Apellidos	JARA CARDENAS			
Identificación	CC	1006944285	Telefonos	3143864106	Genero	F	Identidad de Género	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	2000-07-24	Direccion	VEREDA EL RESGUARDO		Departamento	META	Ciudad	ACACÍAS	
Edad	25 Años	RH	O -	Escolaridad	BACHILLER		Estado Civil	UNIÓN LIBRE	
EPS	NUEVA EPS				ARP	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10461

Kelly Jara

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

KELLY JULIETH JARA CARDENAS
Documento: 1006944285
Firma del trabajador

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/01/2026, el empleador UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026 identificado con NIT número 902019882 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9864713	27/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1006944285	KELLYJULIETH JARA CARDENAS	1750905	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	2026-01-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

7496

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

SERVICIOS GENERALES

CLAUDIA MURILLO

HOGAR SAN JOSE

7497.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/09 03:56:07 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-09 10:20:12



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	SERVICIOS GENERALES

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	CLAUDIA PATRICIA				**Apellidos**	MURILLO SANCHEZ			
Identificación	CC	40361793	**Telefonos**	3143565005	**Genero**	F	**Identidad de Género**	MASCULINO	
Fecha Nacimiento	1973-10-09	**Direccion**	LAS ACACIAS		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	52 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	BACHILLER		**Estado Civil**	CASADO	
EPS	CAPITAL SALUD EPS-S				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

A EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS
CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10461

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

CLAUDIA PATRICIA MURILLO SANCHEZ
Documento: 40361793
Firma del trabajador

7199

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

Número de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	SI [ ] No [X]

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: MURILLO	Segundo apellido: SANCHEZ	Primer nombre: CLAUDIA	Segundo nombre: PATRICIA

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación
cedula de ciudadania	40.361.793	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cual?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
colombiana	País COLOMBIA	Departamento VALLE	Municipio PALMIRA	0 9 1 0 1 9 7 3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad: Tipo	Condición
N/A	N/A	Si [ ] No [X]	N/A	N/A

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
Si [X] No [ ]	Nivel Grupo C 15	N/A

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingresos base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
ARL SURA	PORVENIR	1.7500905	N/A

26. Residencia			
Dirección: Calle 10a n 28a.80	Teléfono:	3143565005	Correo electrónico: Claudia.patricia.murillo4@gmail.com
Departamento: META	Municipio: ACACIAS	Localidad/Comuna:	Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificacion del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:

28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo de identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cual?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
	País	Departamento	Municipio	

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

	35. Apellidos y nombres completos			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de doc. de identidad	37. Número de doc. de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	Cual?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															

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													

	51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Dirección	Teléfono	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Localidad/Comuna	
B1								
B2								
B3								

	Departamento	Municipio	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS
C		
B		
B		
B		

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 de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026	NIT	902.019.882-5	

59. Ubicación				
Dirección: CLL 13A N. 30 - 48	Teléfono: 315 8335962	Correo electrónico: utcuidadoyesperanza2026@gmail.com	Departamento: META	Municipio: ACACIAS

VIGILADO Supersalud

1500

capitalsalud
eps-s

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del 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 de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	40.361.793	Femenino [X] Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?	0 9 / 0 1 / 1 9 7 3

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	0 1 / 0 1 / 2 0 2 6	Código ☐	

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 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 el 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

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:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Total 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.
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.

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

Observaciones:

VIGILADO Supersalud

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.

3301

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

SERVICIOS GENERALES

PATRICIA CASTAÑEDA

HOGAR SAN JOSE

7502

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/08 03:04:50 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO

FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 09:48:56



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	SERVICIOS GENERALES

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	CLAUDIA PATRICIA				Apellidos	CASTAÑEDA DIAZ			
Identificación	CC	1122118344	Telefonos	3114496482	Genero	F	Identidad de Género	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1987-01-08	Direccion	INDEPENDENCIA		Departamento	META	Ciudad	ACACIAS	
Edad	39 Años	RH	A -	Escolaridad	BACHILLER		Estado Civil	CASADO	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS				ARP	NINGUNA			
AFP	NO REFIERE								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 1044[illegible]

Claudia Castañeda Diaz

Salud Total EPS

Bogotá, Marzo 11 de 2026

Señora:
CASTAÑEDA DIAZ CLAUDIA PATRICIA
CC. 1122118344
CL 8A 3703 BRR PRIMAVERA - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 26 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
HERNANDEZ CRUZ EDWARD FABIAN	1074136821	C	Oct-15-2020	53	26	COMPAÑERO	VIGENTE			Ninguna
CASTAÑEDA DIAZ CLAUDIA PATRICIA	1122118344	C	Jun-26-2024	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CORPORACION UN MANANA MEJOR	1122118344	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UN MANANA MEJOR	1122118344	Dependiente	VIGENTE
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	1122118344	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	1122118344	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

3501

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

SERVICIOS GENERALES

MARTHA GONZALEZ

HOGAR SAN JOSE

7502

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/09 03:42:23 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-09 09:47:39



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	SERVCIIOS GENERALES

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	MARTHA CECILIA				Apellidos	GONZALEZ PULIDO			
Identificación	CC	40430011	Telefonos	3123692828	Genero	F	Identidad de Género	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1974-12-25	Direccion	NUEVA VICTORIA		Departamento	META	Ciudad	ACACÍAS	
Edad	51 Años	RH	O +	Escolaridad	BACHILLER		Estado Civil	SOLTERO	
EPS	CAPITAL SALUD EPS-S				ARP	NINGUNA			
AFP	NO REFIERE								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO	. EVITAR LABORES DE PROFUNDIDAD . EVITAR USO DE MAQUINARIA CORTANTE

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

RESTRICCIONES	OTRAS
RESTRICCIONES ADICIONALES	. EVITAR LABORES DE PROFUNDIDAD . EVITAR USO DE MAQUINARIA CORTANTE

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

BAJAR DE PESO
VALORACION EPS / NUTRICION
REMISION A EPS
SVE (VISUAL)
REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS
CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MEDICO PERTINENTE
SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
SE INDICA VALORACIÓN MEDICA
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA
CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud epss

Número de Radicación:

Fecha de Radicación: 31 01 2026

Página 1 de 2

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] E. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] 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 o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres completos: Gonzalez | Polido | Martha | Cecilia
9. Tipo documento de identidad: Cedula
10. Número de documento de identidad: 40430071
11. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino [ ]
12. Sexo de identificación: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cual?
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: Colombia | Caqueta | Acacias
15. Fecha de nacimiento: 25/12/1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia [ ]
17. Comunidad [ ]
18. Discapacidad: SI [ ] No [ ] Categoría de discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
19. Tiene encuesta SISBEN: Si [X] No [ ]
20. Clasificación SISBEN: Nivel 1 Grupo B4
21. Grupo de población especial [ ]
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
23. Administradora de Pensiones: Colpensiones
24. Ingresos base de cotización - IBC: 1.750.090
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: Cra 38 #77-10 Nueva Victoria | 3113692828 | Meta | Acacias
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 completos
28. Tipo documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo de identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cual?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
34. Fecha de nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres completos: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino / Masculino	40. Sexo identificación: F / M / T / NB / OTRO / Cual?	41. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio	42. Fecha de nacimiento
01							
02							
03							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI / NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo	49. Discapacidad: SI / NO / Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI / NO
01								
02								
03								

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			

Selección de la IPS primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

a		
b		
c		
d		

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

55. Nombre o razón social: union temporal cuidado y esperanza 2026
56. Tipo de documento de identificación: nit
57. Número del documento de identificación: 902.019.882-5
58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: cl 13a # 30-48 | 3158335962 | utcuidadoyesperanza2026@ | meta | acacias

7507

capitalsalud
EPS-S

B. REPORTE DE NOVEDADES

80. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del 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 de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cual?	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	2 6 1 2 2 0 2 5	Código ☐	

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 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. FIRMA

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Martha Cecilia Gomez P.

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: Yori Anza garanto

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Total 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
- 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

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

Observaciones:

3508

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

Número de Radicación: | Fecha de Radicación: 10 03 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. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	Si [ ] No [X]

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres completos			
GONZALEZ	PULIDO	MARTHA	CECILIA

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación
cedula de ciudadania	40.430.011	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
colombiana	País COLOMBIA	Departamento CAQUETA	Municipio BELEN DE LOS ANDAQUIES	25 12 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad: Tipo	Condición
N/A	N/A	Si [ ] No [ ]	N/A	N/A

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
Si [X] No [ ]	Nivel Grupo D 16	N/A

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingresos base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	PORVENIR	1.750.905	N/A

26. Residencia			
CRR 38 N 11 10		3113692828	marchceci22@gmail.com
META	ACACIAS	NUEVA VICTORIA	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 completos			

28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo de identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?		País	Departamento	Municipio	

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

	35. Apellidos y nombres completos			
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de doc. de identidad	37. Número de doc. de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino	39. Sexo biológico Masculino	40. Sexo identificación F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

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

	51. Datos de residencia		Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural		52. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1								
B2								
B3								

B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS
C		
B		
B		
B		

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 de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026	NIT	902.019.882-5	

59. Ubicación				
CLL 13A N. 30 - 48	3158335962	ctcuidadoyesperanza2026@gmail.com	META	Acacias

VIGILADO Supersalud

3509

capitalsalud
eps-s

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del 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
GONZALEZ	PULIDO	MARTHA	CECILIA

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	40.430.011	Femenino X Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cual?	25 12 1974

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	01 10 2016	Código ☐	

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 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 manejo 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 el 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

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:									

Total 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.
- 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.

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

Observaciones:

Vigilado Supersalud

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.

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

SERVICIOS GENERALES

JESICA PAOLA MEJIA

HOGAR SAN JOSE

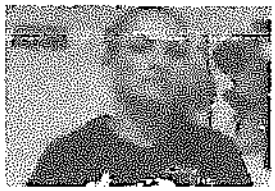
3511

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/10 11:55:06 am

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO

FECHA DE EXAMEN : 2026-01-10 08:06:30



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	YESSICA PAOLA				**Apellidos**	MEJIA RENDON			
Identificación	CC	1097725413	**Telefonos**	3124961707	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1992-07-28	**Direccion**	LA INDEPENDENCIA		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	33 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	BACHILLER		**Estado Civil**	SOLTERO	
EPS	NUEVA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

OTRAS RECOMENDACIONES. . VALORACION EN EPS POR OPTOMETRIA
REMISION A EPS
SVE (VISUAL)
HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic 10645

lessica mejia

7512

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

YESSICA PAOLA MEJIA RENDON
Documento: 1097725413
Firma del trabajador

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/01/2026, el empleador UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026 identificado con NIT número 902019882 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9864736	27/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1097725413	YESSICAPAOLA MEJIA RENDON	1750905	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	2026-01-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3194

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

SERVICIOS GENERALES

JOHANA MILENA AVILA

ZONA ALTA

7515

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2026/01/08 03:58:42 pm

29

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-08 11:06:18



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026
CARGO	SERVICIOS GENERALES

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	JHOANA MILENA				**Apellidos**	AVILA VARGAS			
Identificación	CC	41242380	**Telefonos**	3208067037	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1982-07-01	**Direccion**	VEREDA SARDINATA		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	43 Años	**RH**	O +	**Escolaridad**	BACHILLER		**Estado Civil**	UNIÓN LIBRE	
EPS	FAMISANAR EPS LTDA				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

RESTRICCIONES	PARA LEVANTAMIENTO DE CARGAS

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION DE CARGAS	SI MAXIMAS SUGERIDAS DE 10 KG

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR
SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL
REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 10401

7516

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

JHOANA MILENA AVILA VARGAS
Documento: 41242380
Firma del trabajador

3513

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Nro. de Radicación SAT

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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. Régimen	4. Cotización solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(Lo registra por la EPS)

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

A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: AVILA	Segundo Apellido: VARGAS	Primer Nombre: JHOANA	Segundo Nombre: MILENA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	41.242.380	Femenino [X] Masculino [ ]	I [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?	COLOMBIA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
EL RETORNO	COLOMBIA	SAN JOSE DE GUAVIARE	EL RETORNO	0 1 / 0 2 / 1 9 8 2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [X]		SI [X] NO [ ]	Nivel: B Grupo: 7	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	SALARIO MINIMO	

26. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
LT CDA SARDINATA		320 8067037	sofiagarbello81@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
META	ACACÍAS	VRD SARDINATA	Cabecera Municipal [ ] Rural Disperso [X] Centro Poblado [ ] 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 del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	I [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?	

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	GARIBELLO	AVILA	JHOAN	SEBASTIAN
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino / Masculino	I / NB / Otro / Cual	País	Departamento	Municipio	
B1	RC	TT20223594	COLOMBIA	X	X	COLOMBIA	META	ACACIAS	27 / 10 / 2019
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. INCAPACIDAD PERMANENTE	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1	HIJO NIETO				SI		B7			X			X
B2													
B3													
B4													
B5													

B1. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (Lo registra por la EPS)
B1	META	ACACÍAS			X			320 8067037	
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

3516

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

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

58. Nombre o razón social	59. Tipo de documento de identificación	60. Número del documento de identificación	66. Tipo de aportante o pagador de pensiones (lo registra por la EPS)
UNIÓN TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA 2026	NIT	902019882-5	PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR SA

69. Ubicación				
CALLE 13ª No. 30 - 40	3124473109	unicuidadoyesperanza2026@gmail.com	ACACIAS	META
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

68. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☒ 10. Terminación de 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 la Incapacidad 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

51. Datos básicos de identificación			
AVILA (Primer Apellido)	VARGAS (Segundo Apellido)	JHOANA (Primer nombre)	MILENA (Segundo nombre)

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	41.242.380	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☐ M ☐ Otro ☐ Cuál	01/07/1982

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Nuevo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	27/12/2025	Código	COFREM

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: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

TOTAL 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 práctica de la prueba pericial, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 y 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	93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐ Código del departamento ☐	

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

94. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: CODIGO 5350 FECHA DE INGRESO: 26/12/2025

VERSIÓN 2.0 (Octubre 2025)

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.

7319

NIT 830.003.564-7

CUESTIONARIO ENTREGA 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

	SI	NO
¿Previo al 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 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 a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	☒	☐

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en *www.famisanar.com.co*, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 8° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Firma del Afiliado: Jhoana avila.

Nombres y Apellidos: JHOANA MILENA AVILA VARGAS Identificación: 41.242.380

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO ☐

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: _____ Identificación: _____

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ Identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Jhoana avila.

Nombres y Apellidos: Jhoana avila.

Identificación: 41242380

Edad: 43

Dirección de Domicilio: Y Sardinata casa de cuatro lotes.

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

3210

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

SERVICIOS GENERALES

KAREN STHEFANY GUTIERREZ

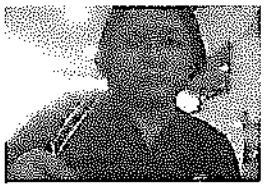
DINAMARCA

7527

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/10 12:02:48 pm

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-10 09:23:39



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	SERVICIOS GENERALES

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	KAREN STHEFANY				**Apellidos**	GUTIERREZ GUTIERREZ			
Identificación	CC	1006825515	**Telefonos**	3168050012	**Genero**	F	**Identidad de Género**	FEMENINO	
Fecha Nacimiento	1999-03-01	**Direccion**	DINAMARCA		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	26 Años	**RH**	O+	**Escolaridad**	TECNICO		**Estado Civil**	UNIÓN LIBRE	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	PORVENIR S.A.								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

2. CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
LIC 10461

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849
RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

KAREN STHEFANY GUTIERREZ GUTIERREZ
Documento: 1006825515
Firma del trabajador

SaludTotal

Bogotá, Marzo 11 de 2026

Señora:
GUTIERREZ GUTIERREZ KAREN STHEFANY
CC. 1006825515
CR 5 7 53 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 13 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
UTIERREZ GUTIERREZ KAREN STHEFANY	1006825515	C	Mar-13-2022	55	26	COMPANERO	VIGENTE			Ninguna
ONTANA GONZALEZ MICHAEL STIV	1122129704	C	Mar-13-2022	55	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MONTANA GUTIERREZ EILEEN STHEFANY	1122143805	T	Mar-13-2022	55	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MONTANA GUTIERREZ THIAGO STIV	1122146367	R	Mar-13-2022	55	8	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CORPORACION UN MANANA MEJOR	1006825515	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UN MANANA MEJOR	1006825515	Dependiente	VIGENTE
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	1006825515	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA O	1006825515	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

1503

UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

NIT: 902.019.882-5

AUXILIAR DE MANTENIMIENTO



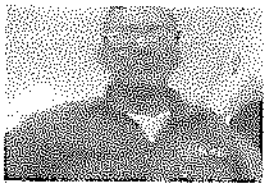
EDGAR YESID ROLDAM AMAYA

HOGAR SAN JOSÉ/
ZONA ALTA / DINAMARCA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2026/01/10 10:38:38.am

TIPO DE EXAMEN : PREINGRESO / INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2026-01-10 08:41:25



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SALUD INTEGRAL HNDEZ Y ARDILA - ANGELICA HERNANDEZ
ACTIVIDAD ECONOMICA	86991 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)
CIUDAD	META - VILLAVICENCIO
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL CUIDADO Y ESPERANZA
CARGO	AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	EDGAR YESID				**Apellidos**	ROLDAN AMAYA			
Identificación	CC	79547319	**Telefonos**	3103146343	**Genero**	M	**Identidad de Género**	MASCULINO	
Fecha Nacimiento	1970-10-13	**Direccion**	ACACIAS- SAMAN		**Departamento**	META	**Ciudad**	ACACIAS	
Edad	55 Años	**RH**	A +	**Escolaridad**	PRIMARIA		**Estado Civil**	SOLTERO	
EPS	SALUD TOTAL SA EPS				**ARP**	NINGUNA			
AFP	COLPENSIONES								

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

2. CONCEPTO DE APTITUD

CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO	.EVITAR LABORES QUE REQUIERA VISION BINOCULAR Y/O DE PROFUNDIDAD.

3. RESTRICCIONES MEDICO LABORALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SVE (VISUAL)
HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

Dr. J. César Pineda P.
Médico Especialista en SST
Lic. 19451

JULIO CESAR PINEDA PEREZ
1115945849

EDGAR YESID ROLDAN AMAYA
Documento: 79547319

3515

RM: LIC 10461
Firma y sello del médico evaluador

Firma del trabajador



UNIÓN TEMPORAL
CUIDADO Y ESPERANZA
2026

ANEXO 78.
REGISTRO FOTOGRÁFICO

CENTRO DE PROMOCION Y VIDA
HOGAR SAN JOSE CENTRO VIDA
ZONA ALTA Y DINAMARCA

7527.