



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901973695
Número Afiliación: 700100001794
Razón social: CONSORCIO CAPITAL LM

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1010223150
Nombre: MICHAEL STEVEN PATARROYO TRIVIÑO
Fecha Ingreso: 21/02/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 1
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 20/02/2026 09:58:52 a. m.

30083748

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva

eps

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 193486

FECHA DE RADICACIÓN

20022026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE

A. AFILIACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIACIÓN

A. Individual:

a) Cotizante o cabeza de familia

b) Beneficiario o afiliado adicional

B. Colectiva

C. Institucional

D. De oficio

3. RÉGIMEN

A. Contributivo

B. Subsidiado

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

SI

NO

5. TIPO DE AFILIADO

A. Cotizante

B. Cabeza de Familia

C. Beneficiario

D. Afiliado adicional

6. TIPO DE COTIZANTE

A. Dependiente

B. Independiente

C. Pensionado

7. CÓDIGO

A1678

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO

PATARROYO

SEGUNDO APELLIDO

TRIVIÑO

PRIMER NOMBRE

MICHAEL

SEGUNDO NOMBRE

STEVEN

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.N.

M.S.

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1010223150

11. SEXO BIOLÓGICO

F

M

12. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

X

T

NB

Otro

Cual?

13. NACIONALIDAD

COLOMBIA

14. LUGAR DE NACIMIENTO

COLOMBIAS

DISTRITO CAPITAL

BOGOTAINICIOPIO

15. FECHA NACIMIENTO

28

07

S

1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA

6

17. COMUNIDAD INDÍGENA

18. DISCAPACIDAD

SI

NO

X

CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?

SI

NO

X

20. CLASIFICACIÓN SISBÉN

NIVEL

GRUPO

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL

22. ARL

COLPATRIA

23. AFP

PORVENIR

24. IBC

\$1,750,905.00

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

\$0.00

26. RESIDENCIA

DIRECCIÓN

DG 49 B BIS SUR # 1 - 22 ESTE

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

3222846772

CORREO ELECTRÓNICO

MSPT1995@GMAIL.COM

DEPARTAMENTO

DISTRITO CAPITAL

MUNICIPIO/ DISTRITO

BOGOTÁ

LOCALIDAD/COMUNA

ZONA

CABECERA MUNICIPAL

X

CENTRO POBLADO

RURAL DISPERSO

RESTO RURAL

IPS

99071

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

30. SEXO BIOLÓGICO

F

M

31. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro

Cual?

32. NACIONALIDAD

33. LUGAR DE NACIMIENTO

PAÍS

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

34. FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS

36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

37. NÚMERO DE IDENTIDAD

38. NACIONALIDAD

39. SEXO

F

M

40. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro?

41. LUGAR DE NACIMIENTO

PAÍS

DEPART.

MUNICIPIO

42. FECHA DE NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

Datos complementarios del Beneficiario

43. PARENTESCO

44. ETNIA

45. COMUNIDAD

46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

47. TIENE ENCUESTA SISBÉN?

SI

NO

48. CLASIFICACIÓN SISBÉN

NIVEL

GRUPO

49. DISCAPACIDAD

SI

NO

CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

50. INCAPACIDAD PERMANENTE

SI

NO

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

DIRECCIÓN

LOCALIDAD/ COMUNA

CORREO ELECTRÓNICO

53. IPS

54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)

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

55. Nombre o razón social

CONSORCIO CAPITAL LM

56. Tipo documento de identificación

X

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

P.A.

C.D.

P.T.

57. Número del documento de identificación

901973695

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación

KR 16 A 75 81 OFC 402

7323263

INGLUISMILTON@YAHOO.ES

DISTRITO CAPITAL

BOGOTÁ

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS

5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS

6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO

7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR

10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO

11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. COLECTIVAS

12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

14. MOVILIDAD

A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

15. TRASLADO

A) MISMO RÉGIMEN

B) DIFERENTE RÉGIMEN

16. REPORTE DE FALLECIMIENTO

17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE

18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO

19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

62. SEXO BIOLÓGICO

F

M

63. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro

Cual?

64. FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

65. EPS ANTERIOR

66. FECHA DE NOVEDAD

20

02

S

2026

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: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad

72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.

b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).

77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

CN

MS

RC

TI

CC

CE

SC

PA

CD

AS

PT

Cantidad:

Total

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016

90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

Código del Municipio

Código del departamento

93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

Número del documento de identidad

95. FIRMA DEL FUNCIONARIO

96. FECHA DE RADICACIÓN

DÍA

MES

AÑO

97. FECHA DE VALIDACIÓN

DÍA

MES

AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

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

Yo, **MICHAEL STEVEN PATARROYO TRIVIÑO** identificado (a) con

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.E.

P.T.

número **1010223150** de **BOGOTA**, certifico que:

1

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí ☐ No ☐

2

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

Sí ☐ No ☐

3

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí ☐ No ☐

4

¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?

Sí ☐ No ☐

5

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Sí ☐ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. **3222846772**

y/o correo electrónico: **MSPT1995@GMAIL.COM**

Sí ☐ No ☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. Sí ☐ No ☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web <https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes>

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta Sí ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: **Michael Patarrayo**

Tipo ID: CC No. ID: **1010223150**

Fecha de Solicitud: **20/02/2026**

Dirección: **DG 49 B BIS SUR # 1 - 22 ESTE**

Tel: **3222846772** Municipio: **BOGOTA**

Departamento: **DISTRITO CAPITAL**

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

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

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

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

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

- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

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

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

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES		INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		POSEE VIVIENDA PROPIA		SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ						
		COLPATRIA		PORVENIR		1750905				NO				NO						
Nivel de Escolaridad	Ninguno	☐	Secundaria	☐	Normalista	☐	Profesional	☐	Doctorado	☐	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador		☐	Contratista	☐	Trabaja por su Cuenta		☐
	Preescolar	☐	Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐	Técnica Profesional	☐	Especialización	☐	Último Grado	☐	Inicio Contrato				Fin Contrato					
	Básico Primaria	☐	Media técnica (bachillerato básico)	☐	Tecnológica	☐	Maestría	☐	Aprobado											
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.																				
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero				Tipo de Identificación		NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte				DV					

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR		CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR		Nombre de OFICINA			
Carlos O. Ramirez Dias		A1678				CIUDAD Y FECHA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.223.150**

PATARROYO TRIVIÑO

APELLIDOS **MICHAEL STEVEN**

NOMBRES **MICHAEL STEVEN PATARROYO**

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **28-JUL-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

08-AGO-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00620634-M-1010223150-20140910 0039919897A 1 1463038452

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MICHAEL STEVEN PATARROYO TRIVIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.223.150**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE
TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES,
FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN
DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN



Colsubsidio

0230505822157 A D
2026-02-21 09:11 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (0)
SUJETO A VERIFICACIÓN

II. TIPO DE NOVEDAD ☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

III. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS

☐ Nombres ☐ Documentos de Identificación ☐ Estado civil ☐ Cambio de Aporte

INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO

☐ Hijos ☐ Hermanos ☐ Padres ☐ Hijas/os ☐ Dependiente por Custodia

RETIROS

☐ Voluntario ☐ Cotizante por fallecimiento ☐ Personas a cargo ☐ Cese de convivencia ☐ Cambio de grupo familiar

DATOS DE UBICACIÓN

☐ Dirección y teléfono ☐ Correo electrónico

Fecha Novedad: AÑO MES DÍA

Otra: _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT: ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ P.E. ☐ P.T. Nombre o Razón Social: Consorcio Capital 2M Sector: ☐ Oficial ☒ Privado ☐ Mixto

No. 901993095 Departamento: Cinorco Sucursal: _____

Dirección: Via 16 de Agosto No. 1044 Teléfono: 322154399

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒ Servicio Doméstico ☐ Madre Comunitaria ☐ Taxista Independiente 2% ☐ Pensionado aporte del 0% ☐ Pensionado aporte del 0,6% ☐ Pensionados aporte del 2% ☐ Fidelidad 25 años ☐ Facultativos aporte del 0,6% ☐ Facultativos aporte del 2% ☐ Independiente aporte 0,6% ☐

Independiente aporte 2% ☐ Residente en el exterior ☐ Veterano ☐ ¿Afiliación por primera vez como no dependiente? ☐ SI ☐ NO ☐

Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál: _____

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: Michael Steven Primer Apellido: Peterroxo Segundo Apellido: Trujillo

C.C. ☒ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ P.E. ☐ P.T. ☐ R.C. No. 1010223150 Estado Civil: ☒ SO ☐ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI

Nivel Ocupacional: ☒ Operativo ☐ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☐ Ninguno

Ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA 26/02/2020 Horas/mes UR Trabajador UR Salario básico/mesada: 1750000 Celular: 322154399

Dirección vivienda: Nlg 4918 bis Sur 1-22km Municipio: Bogotá Departamento: Cinorco

Dirección trabajo: Via 16 de Agosto No. 1044 Municipio: Bogotá Departamento: Cinorco

Correo Electrónico: ins.kus.milton@yahoo.es País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior) _____ Programa (Solo no dependientes) _____

Fecha afiliación: _____

☐ Actualmente ☐ Trabajo Anterior Fecha retro: _____

Caja por la cual recibe subsidio: _____

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre o razón social: _____

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ P.E. ☐ P.T. No. _____ Fecha de nacimiento: AÑO MES DÍA _____ Género: ☐ M ☐ F ☐ I

Trabaja: ☐ SI ☐ NO Salario básico: _____ Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Nombres: _____

Razón social: _____

NIT: _____ Recibe subsidio: ☐ SI ☐ NO Caja por la cual recibe subsidio: _____

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar).

DISC.	CM	SERV	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco				Fecha de Nacimiento			Género
							Cónyuge	Hijo	Padre	Hermano	Año	Mes	Día	

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contar todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. ☐ SI ☐ NO

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:

Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900, línea nacional gratuita 018000947900, página web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE

Declaro bajo la gravedad del juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 2182, Ley 789/02 Dec 2340/03, Dec. 586/04 y Res. 058/04.

NO DEPENDIENTE SOLICITANTE: Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0,6% de este valor como aporte de mi afiliación.

Luis M. Ortiz Vergel
Ingeniero Civil

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Michael Steven Peterroxo Trujillo
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio? No. Beneficiarios Causal de rechazo Código Revisor Observaciones

☐ SI ☐ NO ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

www.colsubsidio.com

Colsubsidio GS.FG.190 Versión 3

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubanío, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos los datos para contactarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguna de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACION PARA LA UTILIZACION DE DATOS PERSONALES

Yo, el/la abajo firmante, informo a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-6, sobre la cual manifiesto conocer y autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de servicios de educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, para que realice y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para que los transfiera dentro de los límites de las políticas administrativas, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre las campañas, promociones o actividades de carácter social, comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o cualquier otro fin que requiera el uso de los datos personales, así como a sus aliados comerciales estratégicos, para que realice y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para que los transfiera dentro de los límites de las políticas administrativas, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o actividades de carácter social, comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o cualquier otro fin que requiera el uso de los datos personales, así como a sus aliados comerciales estratégicos, para que realice y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para que los transfiera dentro de los límites de las políticas administrativas, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre las investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Telefonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. ☐ SI ☐ NO

Yo, el/la abajo firmante, manifiesto haber leído y autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de servicios de educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, para que realice y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para que los transfiera dentro de los límites de las políticas administrativas, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre las campañas, promociones o actividades de carácter social, comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o cualquier otro fin que requiera el uso de los datos personales, así como a sus aliados comerciales estratégicos, para que realice y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para que los transfiera dentro de los límites de las políticas administrativas, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o actividades de carácter social, comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o cualquier otro fin que requiera el uso de los datos personales, así como a sus aliados comerciales estratégicos, para que realice y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para que los transfiera dentro de los límites de las políticas administrativas, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre las investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Telefonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. ☐ SI ☐ NO

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el servicio al cliente".
 petición o queja o reclamo a través de:
 Líneas de servicio al Cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900, línea nacional gratuita 018000947900, página web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico cliente@colsubsidio.com
 o direcci3n: correo subscritores en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

769/02, Dec 2340/03, Dec. 586/04 y Res. 058/04. El monto del subsidio/mesada para descomprar y entregar a Colsubsido el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

NO DEPENDIENTE SOLICITANTE : Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsido el 2% o 0.0% de sala y mesada, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1712 de 2014, para el pago de las contribuciones de Colsubsido.

Breken Andres
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE 1010250531

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR



I. TIPO DE NOVEDAD ☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación
DÍA MES AÑO

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS

- ☐ Nombres
☐ Documentos de Identificación
☐ Estado civil
☐ Cambio de Aporte

INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO

- ☐ Hijos
☐ Hermanos
☐ Padres
☐ Hijastros
☐ Dependiente por Custodia

RETIROS

- ☐ Voluntario
☐ Colizante por fallecimiento
☐ Personas a cargo
☐ Cese de convivencia
☐ Cambio de grupo familiar

DATOS DE UBICACIÓN

- ☐ Dirección y teléfono
☐ Correo electrónico
Fecha Novedad DÍA MES AÑO
Otra:

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT: ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ P.E. ☐ P.T. ☐ No. 901933695111 Consorcio Capital CM
Sector: ☐ Oficial ☐ Público ☒ Privado ☐ Mixto Sucursal:
Dirección: Calle 16A No. 119-81 Barrio Maritimo C. Morca Teléfono: 2533633
Departamento: C. Morca

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒ Servicio Doméstico ☐ Madre Comunitaria ☐ Taxista ☐ Pensionado aporte del 2% ☐ Pensionado aporte del 0% ☐ Pensionado aporte del 0,6% ☐ Pensionado aporte del 2% ☐ Fidelidad 25 años ☐ Facultativos aporte del 0,6% ☐ Facultativos aporte del 2% ☐ Independiente aporte 0,6% ☐
Independiente aporte 2% ☐ Residente en el exterior ☐ Velerano ☐ ¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI ☐ NO ☐ Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál: Otro

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: Sothn Alexander Primer Apellido: Bernal Segundo Apellido: Cerezo
C.C. ☒ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ P.E. ☐ P.T. ☐ R.C. ☐ No. 1010189186 Estado Civil: ☒ SO ☐ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐ Fecha de Nacimiento: 1989/06/03 Género: M ☐ F ☐ I ☐
Nivel Ocupacional: Operativo ☒ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☐ Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☒ Profesional ☐ Otro ☐
Ingreso a la empresa: 2020/02/20 Horas/mes: 144 Trabajador: ☒ UR ☐ RU ☐ Salario básico/mesada: 1750905 Celular: 3223547797
Dirección vivienda: Calle 149B No. 1615 Barrio El Centro 1122 EBNP Municipio: Bogotá Departamento: C. Morca Rural ☐ Urbano ☒ Teléfono: 7320063
Dirección trabajo: Calle 16A No. 119-81 Barrio Maritimo Municipio: Bogotá Departamento: C. Morca Rural ☐ Urbano ☒ Teléfono: 7320063
Correo Electrónico: ins.luis.miltena@yahoo.es País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior) Programa (Solo no dependientes)

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

☐ Actualmente ☐ Trabajo Anterior Fecha retiro: Fecha afiliación: Nombre o razón social: Nit: Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ P.E. ☐ P.T. ☐ No. Fecha de nacimiento: Año MES DÍA Género: M ☐ F ☐ I ☐ Trabaja: SI ☐ NO ☐ Salario básico: Fecha de ingreso a la empresa: Año MES DÍA
Nombres: Primer apellido: Segundo apellido
Razón social: Nit: Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐ Caja por la cual recibe subsidio:

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar.)

DISCA	CM	SERV	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco				Fecha de Nacimiento	Género
							Cónyuge	Hijo	Padre	Hermano		

Apresiasiado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contactarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, librerías y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI ☐ NO ☐

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:
Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900, línea nacional gratuita 018000947900, página web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico serviciocliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 2182, Ley 789/02, Dec 2340/03, Dec 586/04 y Res. 058/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE: Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

Luis M. Ortiz Vergel
Ingeniero Civil
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Sothn Alexander Bernal Cerezo
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE 1010189186

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio? No. Beneficiarios Causal de rechazo Documento Recibido Observaciones:
☒ SI ☐ NO ☐ (Ver respaldo)



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Correo: gestionlecmacmedic@gmail.com

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
20 DÍA	02 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
CONSORCIO CAPITAL LM NIT901973695-1					
Nombre de la empresa					
CIIU (Actividad Económica) del empleador:					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de identidad, PT, Pasaporte)					
PATARROYO TRIVIÑO MICHAEL STEVEN			Genero	Edad	Documento de Identificación
			Masculino	30 Años	CC 1010223150
Apellidos y Nombres			Tipo	Número	
Cargo PINTOR					
EPS		AFP		ARL	
FAMISANAR		NO REFIERE		SURA	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION					
Observaciones: No Aplica					
SATISFACTORIO PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD	
NINGUNA		PERMANENTE		NINGUNO	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL		✓	AUDIOMETRIA	✓	
VISIONOMETRIA		✓	PERFIL LIPIDICO	✓	
GLICEMIA		✓	OSTEOMUSCULAR	✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
NINGUNO		USO DE EPP		EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA					
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI" N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG" N " REA DE TRABAJO.					
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.					
" CAPACITACI" N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS					
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL" GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE					
PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS					
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)					
" H" BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.					
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver idicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
MÉDICO		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA		Nombre: PATARROYO TRIVIÑO MICHAEL STEVEN			
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022		CC 1010223150			



PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.309.746-2
LICENCIA SSTN° 8665
DEL 10 OCTUBRE DE
2019

APROBACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE202022000000023620 del 29 de
julio de 2020

CERTIFICACIÓN NTC 6072:2014 30.380-2
CELAC 18-CPR-002

www.pretalsas.com.co

Av. Calle 57 R sur 76 A 95
313 463 48 14



CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

En cumplimiento de la Resolución '..' del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

MICHAEL STEVEN PATARROYO TRIVIÑO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1010223150

AFILIADO A LA ARL: COLPATRIA

RAZON SOCIAL: CONSORCIO CAPITAL LM

NIT: 901973695-1

REPRESENTANTE LEGAL: LUIS ORTIZ CC: 19239750

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DIA 21 DEL MES DE FEBRERO HASTA EL DIA 21 DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2026
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (21) DE (02) DEL (2026)
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.


Jenny Paola Parada Calando
Representante Legal


ELIZABETH TARAZONA
ENTRENADORA T.A
Licencia S.O Resolución 9891 de 7 de Julio de
2021

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:33:31 horas del 25/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1010223150**,

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO CAPITAL**, con NIT **109073695-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:52:18 PM horas del 25/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1010223150**

Apellidos y Nombres: **PATARROYO TRIVIÑO MICHAEL STEVEN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-1979**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-ENE-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00442213-M-0079995283-20130622 0033568948A 1 1542416457

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.995.283**

PANCHA

APELLIDOS

JAIME

NOMBRES


FIRMA



CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 22-ene.-2025 **HORA** 14:50:07
EMPRESA CONSTRUPANCHA S.A.S. NIT.901.247.952-6
TIPO DE EXAMEN: PERIÓDICO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Jaime Pancha
Edad 45 años 9 meses 19 días
Documento de Identificación: CC Número: 79995283
Cargo GERENTE GENERAL



APTO PARA LABORES ASIGNADAS Y TRABAJOS EN ALTURAS.

Aptitud Específica:

☒ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Uso protección auditiva.

Optometría

Vision Lejana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual no corregido, que requiere valoración por optometría general.

Vision Cercana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual no corregido, que requiere valoración por optometría general.

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: NORMAL TRIGLICERIDOS: NORMAL

Otras Recomendaciones: 1. Puede continuar con sus labores asignadas. // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5. Se recomienda realización de entrenamiento y capacitación de trabajo seguro en alturas de acuerdo a resolución 4272 del 2021. // 6. Debe usar lentes correctivos formulados por optómetra durante su jornada laboral para tareas que requieran visión lejana y/o cercana.

MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal.

REMISIÓN A EPS?: NO.

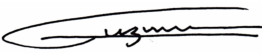
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió ningún 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"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma


LIC SST N°3508 19-07-22
Reg Med N° 72173322

Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

RM. LIC.SST#3508 de 19-0 Lic.SO: _____

Trabajador

Firma



Nombre: Jaime Pancha

CC N° 79995283

Huella

CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB

Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo

BUREAU VERITAS CERTIFICADO N° C024.00545 CODIGO DE ACREDITACION: 09-CPR-008 ISO/IEC 17065:2012

RADICADO N° 08SE2024220000000049161 EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE TRABAJO



TSA - 42195

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

JAIME PANCHACHA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 79995283

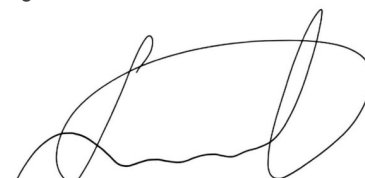
CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 17 noviembre 2025, se expide en Bogotá el 17 noviembre 2025


Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL


JONATHAN JAVIER GOMEZ.
RES No. 14867 13/12/2021

EMPRESA: CONSTRUPANCHA SAS
REP. JAIME PANCHACHA
NIT: 901247952
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 304 605 1896
<http://www.cearalturas.com> - alturascear@gmail.com - Dirección: Carrera 78 C N 59 Sur 40 - Bogotá - Colombia



CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

JAIME PANCHÁ

Identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 79.995.283

Cursó y aprobó la acción de formación en:

**TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
NIVEL COORDINADOR**

Con una duración de Ochenta (80) horas.

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C.,
a los Veintidós (22) días del mes de Septiembre de Dos Mil veinte (2020)

Ángela Marcela Agudelo Agudelo
Ingeniera industrial
Entrenadora trabajo seguro en alturas
Especialista en higiene y salud ocupacional
Licencia en SST Resolución 25-0272 de 2019



Ana Edit Serrano Cely
Delegada del centro de Formación
Safety Systems S.A.S.

Folio: S3442-20



SAFETY SYSTEMS S.A.S. NIT: 900.313.623-7

Licencia SO 5078 de 28/04/2010

Calle 71 No. 57-55 Tels. (057) (1) 4770948 - 5473334 - 321 476 7104

Bogotá - Colombia

Verificación de certificados en la página web: www.safetysystems.co ó escanea el código QR

Autorización Ministerio de Trabajo No. 08SE2018220000000037362

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 291219398



PIB

16:08:03

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JAIME PANCHA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79995283:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:26:14 PM horas del 12/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **79995283**

Apellidos y Nombres: **PANCHA JAIME**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.436.951**

RODRIGUEZ VILLAZON

APELLIDOS

JAIDER RAFAEL

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
VALLEDUPAR
(CESAR)

19-SEP-1982

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

O+

M

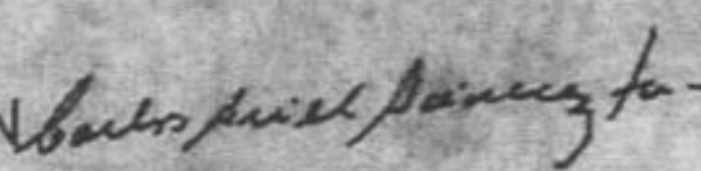
ESTATURA

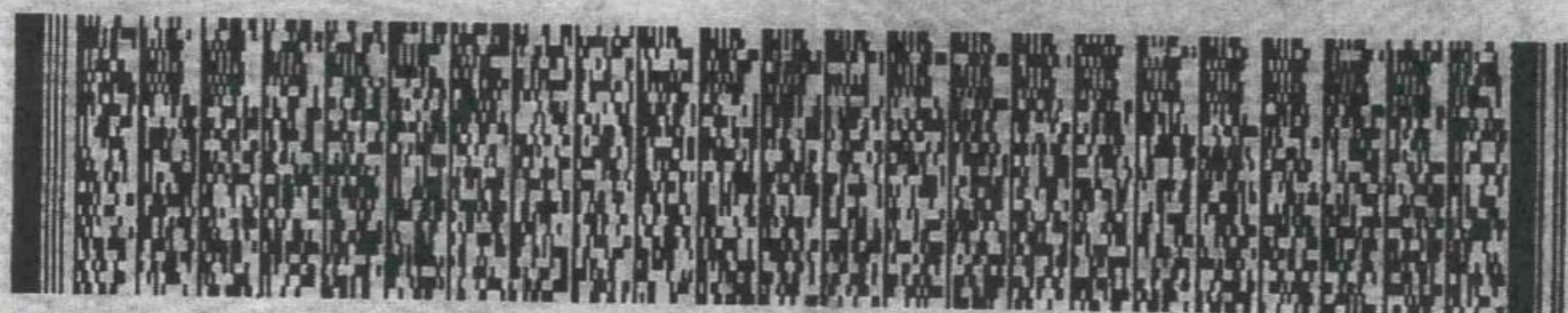
G.S. RH

SEXO

05-OCT-2000 VALLEDUPAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1522900-00674300-M-0012436951-20150303

0043361283A 2

42746036

Medellín, 19 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C12436951	RODRIGUEZ VILLAZON JAIDER RAFAEL	20/01/2026		1997V158	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/01/2026 11:08:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.147.161, 198.143.41.46, 172.16.42.57

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014287856	1/9/01/2/02/6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario 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 ☒		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									
RODRIGUEZ Primer apellido			VILLAZON Segundo apellido			JAIDER Primer nombre		RAFAEL Segundo nombre	
9. Tipo documento de Identidad		10. Número del documento de Identidad			11. Sexo biológico		12. Sexo identificación		
CC		12436951			Femenino ☐ Masculino ☒		F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		
13. Nacionalidad			14. Lugar Nacimiento				15. Fecha Nacimiento		
COLOMBIA			País: COLOMBIA Departamento: CESAR Municipio: VALLEDUPAR				19/09/1982		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia <div>6</div>		17.Comunidad		18.Discapacidad Categoría Discapacidad <div></div>		Si ☐ No ☒	
19.Tiene encuesta SISBEN SI ☐ NO ☒		20.Clasificación SISBEN Nivel <div></div> Grupo <div></div>		21.Grupo población especial <div></div>			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		23. Administradora de Pensiones INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL		24. Ingreso base de cotización - IBC 1423500		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26.Residencia							
CR 98 B 131 A 67 Dirección		Bogotá Telefono fijo		3222825677 Telefono celular		JAIDER12@GMAIL.COM Correo electronico	
BOGOTÁ Departamento		BOGOTÁ Municipio/Distrito		PUENTE ARANDA Localidad / comuna		zona <div> Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☒ </div>	

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		
<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>						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

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario

[illegible]

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. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C	VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA	
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)
PODA Y TALA DEL NORTE SAS		NIT	901509913	01
59. Ubicación				
CR 150 B 135 A 17 Dirección	2345677 Teléfono fijo o celular	PODA12@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización documento de identidad

☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.

Código:

☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

14. Movilidad:

☐ A. Régimen Contributivo

☐ B. Régimen Subsidiado

15. Traslado:

☐ A. Mismo régimen

☐ B. Diferente régimen

☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia

☐ 17. Reporte del tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico

Femenino ☐

Masculino ☐

63.Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

66.Fecha de Novedad

67.Motivo de traslado

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

20|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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72.☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73.☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74.☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75.☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76.☐ Autorización para que la EPS envíe 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:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

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.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ VILLAZON JAIDER RAFAEL** identificado(a) con **CC** número **12.436.951** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 20 de febrero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

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

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

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

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



Bogotá D.C., 20 de Febrero de 2026

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/2/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 12436951
Nombres y Apellidos	JAIDER RAFAEL RODRIGUEZ VILLAZON
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 901509913
Razón Social Empleador	PODA Y TALA DEL NORTE SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	21/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/2/2026
Cargo	operario
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	\$ 1750905

**Firma del Trabajador
Identificación**

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
<https://corporativo.compensar.com/autenticidad> y digite el código
P9O1bZQcS



Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:14:43 AM horas del 20/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **12436951**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ VILLAZON JAIDER RAFAEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)





Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:16:18 horas del 20/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **12436951**, Apellidos y Nombres **RODRIGUEZ VILLAZON JAIDER RAFAEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **poda y tala**, con NIT **901509913-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 291659865



PIB

09:10:27

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JAIDER RAFAEL RODRIGUEZ VILLAZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 12436951:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



Bogotá DC 20 de febrero de 2026.

Señor(a)

JAIDER RAFAEL RODRIGUEZ VILLAZON
CC 12436951

Ref.: Notificación de Recomendaciones y/o Restricciones Médicas Ocupacionales.

Dando respuesta a la resolución 1843 de 2025 y Resolución 0312 de 2019 a continuación, la empresa le comunica las recomendaciones y/o restricciones dadas por el centro médico:

SE SOLICITA EXTRACCION DE CERUMEN BILATERAL POR LA EPS *MANTENER UNA ADECUADA POSTURA CORPORAL. *MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES *REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA/USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA (COPAS Y/O INSERCION) . * SE SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA/CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL./PACIENTE EN BUEN ESTADO DE SALUD VISUAL, NO SE DETECTA NINGÚN TIPO DE ALTERACIÓN *CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Las anteriores recomendaciones se expiden con base en el concepto emitido por la IPS donde se practicó el Examen Médico Ocupacional, la cual tiene un carácter confidencial.

Favor notificar a la empresa del cumplimiento de las recomendaciones médicas.

Cordialmente;

Jofry Farley Maldonado Agudelo
SST

Jaider Rafael Rodriguez Villazon
CC 12436951

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
INGRESO
TRABAJO EN ALTURAS

	Fecha: 07/Feb/2025, Hora: 07:00:20 a.m.	HC: # 76994	Edad: 42 años	
	Apellido: RODRIGUEZ VILLAZON	Nombre: JAIDER RAFAEL		
	Tipo Doc: CC	Nro Identidad: 12436951	Sexo: Masculino 	Rh: O+
	Direccion: CRA 98B # 131 A - 67		Nacim: 19/Sep/1982	AFP: PROTECCION
	Estado Civil: Union Libre	EPS: SALUD TOTAL	ARL: POSITIVA	
	Empresa: PODA Y TALA DEL NORTE SAS	Cargo: OPERARIO	Ciudad: BOGOTA D.C. - SUBA	
IPS que Atendio: , Ciudad de Atención:				

Exámenes Realizados

AUDIOMETRIA, enfasis alturas, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico.

Concepto

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO.

Recomendaciones

MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL
USO ADECUADO DE EPP
EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS

Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*MANTENER UNA ADECUADA POSTURA CORPORAL.
*MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA/USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA (COPAS Y/O INSERCION) .
* SE SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA/CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL./PACIENTE EN BUEN ESTADO DE SALUD VISUAL, NO SE DETECTA NINGÚN TIPO DE ALTERACIÓN
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO..

Observaciones

*SE SOLICITA EXTRACCION DE CERUMEN BILATERAL POR LA EPS.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR**,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

Dra. Margenis Yolanda Soraca G.
C.C. 394.315
Especialista SGSST
5302-2023

MARGENIS SORACA GUERRERO
MEDICO ESPECIALISTA SGSST
Lic. de S.O #: 5302/2023
Registro #: 92975



JAIDER RAFAEL RODRIGUEZ VILLAZON
CC 12436951

Huella
Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com

**CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO
EN ALTURA**

ACTIVIDADES LABORALES SEGURAS ALS S.A.S.

Nit:901.193.648-8

Aprobación Min Trabajo N°08SE2019220000000028672

Cer. Calidad/ Organismo Certificador CELAC S.A.S Código de acreditación 18-CPR-002

Licencia SST N°15026-30/11/2018

Dirección: Cra 71 B BIS N°3 A 45 Bogotá D.C, Cundinamarca



Certifica Que

JAIDER RAFAEL RODRIGUEZ VILLAZON

Con Documento de Identidad No 12.436.951

Afiliado(a) a ARL SURA

De la empresa PODA Y TALA DEL NORTE SAS

*Nit: 901.509.913-4/ Rep. Legal MONTERO GUTIERREZ HIDALGO
DAVID*

identificado(a) con documento de identidad 7.571.563

Cursó y aprobó la Capacitación y Entrenamiento para:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL

*Con una intensidad horaria de **8 Horas***

Realizado el 28 de febrero de 2025 en Bogotá

En testimonio de lo anterior, se expide en Bogotá D.C, el 28 de febrero de 2025
dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 de 2021.


NIDIA YANIRA NIÑO DIAZ
Representante Legal
Actividades Laborales Seguras
ALS S.A.S


ENGY VALENTINA MATEUS SABOYA
Entrenador TA
Licencia SST N.6315 de 14/10/2022

Bogotá D.C., febrero 20 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JAIDER RAFAEL RODRIGUEZ VILLAZON, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 12436951, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

OFERENTE DE CAPACITACIÓN: ACTIVIDADES LABORALES SEGURAS ALS S.A.S

ENTRENADOR: ENGY VALENTINA MATEUS SABOYA

SEDE DONDE SE FORMÓ: ACTIVIDADES LABORALES SEGURAS S.A.S

EMPLEADOR: PODA Y TALA DEL NORTE SAS

ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SERVICIOS

FECHAS DE FORMACIÓN: 28/02/2025 a 28/02/2025

INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 20 de 2026

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.230.531**

PATARROYO TRIVIÑO

APELLIDOS

BRAYAN ANDRES

NOMBRES

Brayan Andres

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-SEP-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-OCT-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-01019979-M-1010230531-20180705 0061824998A 1 9904828392

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901973695
Número Afiliación: 700100001794
Razón social: CONSORCIO CAPITAL LM

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1010230531
Nombre: BRAYAN ANDRES PATARROYO TRIVIÑO
Fecha Ingreso: 21/02/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 1
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 20/02/2026 10:11:05 a. m.



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012694855
9012694855

No. de Radicación SAT
30327986

Fecha de Radicación

20 | 02 | A 2026 | A

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria SI ☐ NO ☐	5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS) <div></div>
--	--	--	--	---	--	---

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

8. Apellidos y nombres PATARROYO Primer Apellido	TRIVIÑO Segundo Apellido	BRAYAN Primer Nombre	ANDRES Segundo Nombre
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1010230531	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
13. Nacionalidad			
14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio
15. Fecha de nacimiento 05 D 09 M A 1996 A A			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>	21. Grupo de población especial <input type="text"/>
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.750.905		25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia		Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna		
Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ Zona						

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

27. Apellidos y nombres					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	32. Nacionalidad	
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	

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

35. Apellidos y nombres															
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre			
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual				41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio			42. Fecha de nacimiento				
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	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								

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

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

55. Nombre o razón social CONSORCIO CAPITAL LM	56. Tipo de documento de identificación NT	57. Número del documento de identificación 901973695	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CR 16A 75 81 OFICINA 402	NT Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad				
1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐				
4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/>				
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 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 Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		63. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	
						64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad D 20 M 02 A 2026 A		67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y 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.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐ 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.
☐ 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.	☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 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.	☐ 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	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		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:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TOTAL ANEXOS <input type="text"/>
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.									
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.									
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.									
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.									
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.									
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres									
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.									
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.									
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.									

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 <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>			

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

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad	
95. Firma del funcionario			
96. Fecha de radicación D D M M A A A A		97. Fecha de validación D D M M A A A A	
OBSERVACIONES: CARGO: PINTOR DE CONSTRUCCION			

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.

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BRAYAN ANDRES PATARROYO TRIVIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.230.531**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE
TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES,
FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN
DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN



Colsubsidio

0230505822158 A D
2026-02-21 09:12 Anexos: 1
E-Recibido Servicios (0)
SUJETO A VERIFICACIÓN

☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación
DÍA MES AÑO

NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS

☐ Nombres
☐ Documentos de Identificación
☐ Estado civil
☐ Cambio de Aporte

INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO

☐ Hijos
☐ Hermanos
☐ Padres
☐ Hijastros
☐ Dependiente por Custodia

RETIROS

☐ Voluntario
☐ Colizante por fallecimiento
☐ Personas a cargo
☐ Cese de convivencia
☐ Cambio de grupo familiar

DATOS DE UBICACIÓN

☐ Dirección y teléfono

☐ Correo electrónico

Fecha Novedad

Otra:

DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

☒ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ P.E. ☐ P.T.

Nombre o Razón Social:

CONSORCIO CAPITAL 2M

Sector:

Oficial

Público

Privado

Mixto

Sucursal:

Turbo:

Acción:

TIPO DE AFILIADO

pendiente

☒ Servicio Doméstico

☐ Madre Comunitaria

☐ Taxista Independiente 2%

☐ Pensionado aporte del 0%

☐ Pensionado aporte del 0,6%

☐ Pensionados aporte del 2%

☐ Fidelidad 25 años

☐ Facultativos aporte del 0,6%

☐ Facultativos aporte del 2%

☐ Independiente aporte 0,6%

☐ Otro

☐ Residente en el exterior

☐ Veterano

☐ Si ☐ NO

¿Afiliación por primera vez como no dependiente?

Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál:

Otro

DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Fecha de Nacimiento:

Género:

C.C. ☒ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ P.E. ☐ P.T. ☐ R.C.

No.

Estado Civil:

SO ☒ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐ OT ☐

Nivel Educativo

Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnica ☒ Profesional ☐ Otro ☐

EPS (Solo para independientes)

AFP (Solo para independientes)

Ingreso a la empresa:

Horas/mes

Trabajador:

RU ☐ Salarial ☒

Salario básico/mesada:

Celular:

Dirección vivienda:

Dirección trabajo:

Correo Electrónico:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:

Dependencia:



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Correo: gestionlecmacmedic@gmail.com

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
20 DÍA	02 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
CONSORCIO CAPITAL LM NIT901973695-1					
Nombre de la empresa					
CIIU (Actividad Económica) del empleador:					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de identidad, PT, Pasaporte)					
PATARROYO TRIVIÑO BRAYAN ANDRES			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			Masculino	29 Años	CC 1010230531
				Tipo	Número
Cargo					
INSTALADOR					
EPS		AFP		ARL	
FAMISANAR		PORVENIR		NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION					
Observaciones: No Aplica					
SATISFACTORIO PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD	
NINGUNA		PERMANENTE		HIGIENE DE POSTURA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL		✓	AUDIOMETRIA		✓
VISIONOMETRIA		✓	PERFIL LIPIDICO		✓
GLICEMIA		✓	OSTEOMUSCULAR		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
CONTROL POR OPTOMETRIA DE SU EPS		USO DE EPP		EVITAR FUMAR	
				CONTROL DE PESO	
				HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA					
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI" N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG" N " REA DE TRABAJO.					
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.					
" CAPACITACI" N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS					
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL" GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE					
PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS					
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)					
" H" BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.					
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
MÉDICO		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre:		Nombre:			
R.M.:		CC			
cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA		PATARROYO TRIVIÑO BRAYAN ANDRES			
32716395 L.S.O.: 3274-2022		1010230531			



PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.309.746-2
LICENCIA SSTN° 8665
DEL 10 OCTUBRE DE
2019

APROBACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE202022000000023620 del 29 de
julio de 2020

CERTIFICACIÓN NTC 6072:2014 30.380-2
CELAC 18-CPR-002

www.pretalsas.com.co

Av. Calle 57 R sur 76 A 95
313 463 48 14



CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

En cumplimiento de la Resolución '..' del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

BRAYAN ANDRES PATARROYO TRIVIÑO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1010230531

AFILIADO A LA ARL: COLPATRIA

RAZON SOCIAL: CONSORCIO CAPITAL LM

NIT: 901973695-1

REPRESENTANTE LEGAL: LUIS ORTIZ CC: 19239750

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DIA 21 DEL MES DE FEBRERO HASTA EL DIA 21 DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2026
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (21) DE (02) DEL (2026)
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.


Jenny Paola Parada Calando
Representante Legal


ELIZABETH TARAZONA
ENTRENADORA T.A
Licencia S.O Resolución 9891 de 7 de Julio de
2021

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:25:48 horas del 25/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1010230531**, Apellidos y Nombres **PATARROYO TRIVIÑO BRAYAN ANDRES**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO CAPITAL** , con NIT **901973596-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) “por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 “por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:48:46 PM horas del 25/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1010230531**

Apellidos y Nombres: **PATARROYO TRIVIÑO BRAYAN ANDRES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
93.290.649

NUMERO

MENDEZ MARROQUIN

APELLIDOS

DIEGO MAURICIO

NOMBRES

Diego mauricio mende

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ABR-1967**
LA PALMA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O-

G.S. RH

M

SEXO

09-DIC-1985 LIBANO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-2912400-63138212-M-0093290649-20050902

0493305245A 02 134260803



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
CONSTRUIMOS JAR SAS
Identificada con NT No. 901080428

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 6500773754608, a partir del 01 de Agosto del año 2025.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	93290649	DIEGO MAURICIO MENDEZ MARROQUIN	20002 - BOGOTÁ PRINCIPAL OPERATIVO CLASE V	5	6.96%	07/02/2026		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 06 de Febrero del año 2026.

Firma Representante Legal

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre	
Mendez Marronquin		Diego Mavrelo	
9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico Femenino Masculino ☒	12. Sexo identificación F M T NB Otro
CC	93290649		
14. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	15. Fecha de nacimiento		
Colombia Cundinamarca La Palma	28/04/1960		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales		18. Discapacidad Si No ☒ Categoría de discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN Si No ☒		20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial	
NO NO								NO	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL B. Juan		23. Administradora de Pensiones Colpensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC 1'750 905		25. Tarifa Contribución Solidaria NO			
26. Residencia Dirección Teléfono Celular		Teléfono Fijo							
3218179645		Calle 38 No 41-4 E							
Departamento Municipio / Distrito		Correo Electrónico							
D.C. Bta		construccionesmhq@gmail.com							
Zona		Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural							
D.C. Bta									

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre	
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino Masculino	31. Sexo identificación F M T NB Otro
33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	34. Fecha de nacimiento D O M M A A A A		

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

35. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento D O M M A A A A	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios del Beneficiario

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

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				
B4				
B5				
Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico		
B1				
B2				
B3				
B4				

A. AFILIACIÓN

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

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

55. Nombre o razón social CONSTRUIMOS JAL SAS	56. Tipo documento de Identificación MIT	57. Número del documento de identificación 901080428-9	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección AUSUBA N° 106 A 28	Teléfono fijo o Celular 3123868876		
Correo Electrónico	Departamento D.C	Municipio / Distrito BTH	

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Mendez		Diego		Montejo	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación	
CC		93290544		Femenino Masculino ☒		F M X OT NB Otro	
64. Fecha de nacimiento		65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado	
28041967		SANITAS		02022026		Código	
68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
☒ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
☒ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
☒ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☒ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☒ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		No. del documento de identidad	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional Diego mendez	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio 610045 Ospina
--	--

X. ANEXOS

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

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

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

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
			Alexandra HOEZ	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación
			5307742	12-02-2026 2PM
				97. Fecha de validación
				DD MM AAAA

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

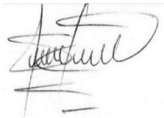
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIEGO MAURICIO MENDEZ MARROQUIN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **93290649**, se encuentra afiliado/a desde **15/02/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Correo: gestionlecmacmedic@gmail.com

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
14 DÍA	02 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
CONSTRUIMOS J.A.R. SAS NIT 901080428-9					
Nombre de la empresa					
CIIU (Actividad Económica) del empleador:					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de identidad, PT, Pasaporte)					
MENDEZ MARROQUIN DIEGO MAURICIO			Genero	Edad	Documento de Identificación
			Masculino	58 Años	CC 93290649
Apellidos y Nombres			Tipo	Número	
Cargo					
AYUDANTE					
EPS		AFP		ARL	
NO REFIERE		NO REFIERE		BOLIVAR	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION					
Observaciones: No Aplica					
SATISFACTORIO PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD	
NINGUNA		PERMANENTE		NINGUNA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL		✓	AUDIOMETRIA		
VISIONOMETRIA		✓	PERFIL LIPIDICO		
GLICEMIA		✓	OSTEOMUSCULAR		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
NINGUNA		USO DE EPP		EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA					
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.					
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES					
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)					
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
MÉDICO		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre:		Nombre:			
R.M.:		CC			
cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA		MENDEZ MARROQUIN DIEGO MAURICIO			
32716395 L.S.O.: 3274-2022		93290649			

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 291764415



PIB

18:12:49

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIEGO MAURICIO MENDEZ MARROQUIN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 93290649:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:35:30 horas del 23/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **93290649**, Apellidos y Nombres **MENDEZ MARROQUIN DIEGO MAURICIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO CAPITA**, con NIT **901973695-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:05:26 PM horas del 22/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **93290649**

Apellidos y Nombres: **MENDEZ MARROQUIN DIEGO MAURICIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) DIEGO MAURICIO MENDEZ MARROQUIN identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 93290649, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSTRUIMOS J.A.R. SAS con 9010804289

Fecha de afiliación a la Caja: 07/02/2026.

Fecha de ingreso a la empresa: 26/02/2026.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 29/09/2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.062.430.813

ROMAN MUÑOZ

APELLIDOS
JUAN CAMILO

NOMBRES

Juan Camilo Roman

FIRMA

1058213

1058213



FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1998

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA

O+ G.S. RH.

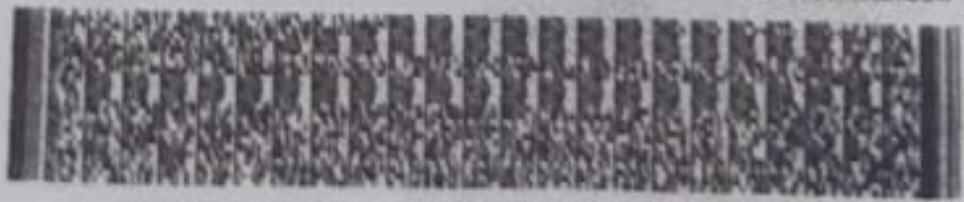
M SEXO

06-JUL-2017 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER BEGA ACOSTA

ÍNDICE DERECHO



A-1300100-01220744-M-1062430813-20210304 0073671589A 1 8501477982

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 17-sept.-2025 **HORA** 07:57:56
EMPRESA CONSTRUPANCHA S.A.S. NIT.901.247.952-6
TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Juan Camilo Roman Muñoz
Edad 27 años 12 días
Documento de Identificación: CC Número: 1062430813
Cargo AYUDANTE DE OBRA CIVIL



APTO PARA LABORES ASIGNADAS Y TRABAJOS EN ALTURAS.

Aptitud Específica:

☒ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Uso de protección auditiva.

Optometría

Vision Lejana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

Vision Cercana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: NORMAL TRIGLICERIDOS: NORMAL

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5. Se recomienda realización de entrenamiento y capacitación de trabajo seguro en alturas de acuerdo a resolución 4272 del 2021.

MEDICO: Normal. **OSTEOMUSCULAR:** Normal

REMISIÓN A EPS?: NO.

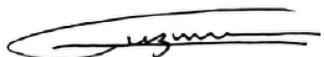
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió ningún 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"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma


LIC SST N°3508 19-07-22
Reg Med N° 72173322

Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

RM. LIC.SST#3508 de 19-0 Lic.SO:

Trabajador

Firma

JUAN ROMAN

Nombre: Juan Camilo Roman Muñoz

CC N° 1062430813

Huella



PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.309.746-2
LICENCIA SSTN° 8665
DEL 10 OCTUBRE DE
2019

APROBACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO

08SE20220000000023620

CERTIFICACIÓN NTC 6072:2014 30.380-2

CELAC 18-CPR-002

www.pretalsas.com.co

Av. Calle 57 R sur 76 A 95

313 463 48 14



CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

JUAN CAMILO ROMAN MUÑOZ

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1062430813

AFILIADO A LA ARL: SURA

RAZON SOCIAL: CONSTRUPANCHA SAS

NIT: 901247952-6

REPRESENTANTE LEGAL: JAIME PANCHÁ CC: 79995283

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DÍA 18 DEL MES DE SEPTIEMBRE HASTA EL DÍA 18 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2025

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (18) DE (09) DEL (2025)

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

Jenny Paola Parada Galindo
Representante Legal

KENNETH BARRANCO

ENTRENADOR T.A.

Licencia S.O Resolución 25-1159 de 28 de
Diciembre de 2023



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:29:38 PM horas del 12/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1062430813**

Apellidos y Nombres: **ROMAN MUÑOZ JUAN CAMILO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 291220282



PIB

16:12:40

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JUAN CAMILO ROMAN MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1062430813:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
SUSPES GRACIA

Nombres
DANIEL ALBERTO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL.	1,64	M

Fecha de nacimiento	G.S.
09 OCT 1996	O+

Lugar de nacimiento
BOGOTÁ D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
22 ENE 2015, BOGOTÁ D.C.

Fecha de expiración
15 AGO 2033

Firma

.00

027355172



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL027355172415001<<<<<<<<<
9610091M3308154COL1033794794<2
SUSPES<GRACIA<<DANIEL<ALBERTO<

EPS FAMILIAR
PENSIONES COMPENSAR.
GRA 10 ESTE #43-04 SUR.



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
CONSTRUIMOS JAR SAS
Identificada con NT No. 901080428

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 6500773754608, a partir del 01 de Agosto del año 2025.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1033794794	DANIEL ALBERTO SUSPES GRACIA	20002 - BOGOTÁ PRINCIPAL OPERATIVO CLASE V	5	6.96%	17/02/2026		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 16 de Febrero del año 2026.

Firma Representante Legal



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012677498
9012677498

No. de Radicación SAT
30302245

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

Fecha de Radicación
16 | 02 | A 2026 | A

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria SI ☐ NO ☐	5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS) <div></div>
--	--	--	--	---	--	---

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

8. Apellidos y nombres SUSPES Primer Apellido	GRACIA Segundo Apellido	DANIEL Primer Nombre	ALBERTO Segundo Nombre	
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1033794794	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	13. Nacionalidad
14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento 09 D 10 M A 1996 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒ <small>Categoría discapacidad</small>	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>	21. Grupo de población especial <input type="text"/>
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.750.905	25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	
Departamento		Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ Zona	

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

27. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
28. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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

35. Apellidos y nombres																				
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre								
B1																				
B2																				
B3																				
B4																				
B5																				
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino		40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual			41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio			42. Fecha de nacimiento									
B1												D	D	M	M	A	A	A	A	
B2													D	D	M	M	A	A	A	A
B3													D	D	M	M	A	A	A	A
B4													D	D	M	M	A	A	A	A
B5													D	D	M	M	A	A	A	A

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	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								

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

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

55. Nombre o razón social CONSTRUIAMOS JAR SAS	56. Tipo de documento de identificación NT	57. Número del documento de identificación 901080428	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación AV SUBA 106 A 28 OF 202	31238688	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	1. Modificación de datos básicos de identificación	2. Corrección de datos básicos de identificación	3. Actualización del documento de identidad
	4. Actualización y corrección de datos complementarios	5. Terminación de la inscripción en la EPS	Código
	6. Reporte de pago a través de un tercero	Código	
	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
			X
	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 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 Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación	
				Femenino Masculino		Femenino Masculino	
				T NB Otro Cual		64. Fecha de nacimiento	
						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	
		D 16 M 02 A 2026 A		Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y 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.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐ 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.
☐ 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.	☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 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.	☐ 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 Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres									
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.									
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.									
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.									

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 Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
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: AYUDANTE DE CONSTRUCCION			

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SUSPE8 GRACIA DANIEL ALBERTO** identificado(a) con CC número 1.033.784.784 se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 03 de mayo de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 16 de febrero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

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

Bogotá (801) 482 33 64 – Medellín (804) 610 80 88 – Cali (802) 388 00 80 -

Barranquilla (806) 319 79 88 – Cartagena (806) 842 48 88 – WhatsApp +57 310 220 6676

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



LECMAC MEDIC SAS

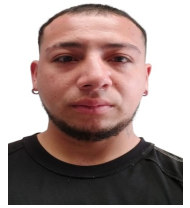
NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Correo: gestionlecmacmedic@gmail.com

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
14 DÍA	02 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
CONSTRUIMOS J.A.R. SAS NIT 901080428-9					
Nombre de la empresa					
CIIU (Actividad Económica) del empleador:					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de identidad, PT, Pasaporte)					
SUSPES GRACIA DANIEL ALBERTO			Genero	Edad	Documento de Identificación
			Masculino	29 Años	CC 1033794794
Apellidos y Nombres			Tipo	Número	
Cargo AYUDANTE					
EPS		AFP		ARL	
NO REFIERE		NO REFIERE		BOLIVAR	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION					
Observaciones: No Aplica					
SATISFACTORIO PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD	
NINGUNA		PERMANENTE		NINGUNA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL		✓	AUDIOMETRIA ✓		
VISIONOMETRIA		✓	PERFIL LIPIDICO ✓		
GLICEMIA		✓	OSTEOMUSCULAR ✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
NINGUNA		USO DE EPP		EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA					
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.					
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES					
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)					
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
MÉDICO		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre:		Nombre:			
R.M.:		CC			

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 291764608



PIB

18:21:09

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DANIEL ALBERTO SUSPES GRACIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033794794:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:41:42 horas del 23/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1033794794**, Apellidos y Nombres **SUSPES GRACIA DANIEL ALBERTO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO CAPITAL LM**, con NIT **901973695-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:08:03 PM horas del 22/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1033794794**

Apellidos y Nombres: **SUSPES GRACIA DANIEL ALBERTO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)

