Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS MARIO ALVAREZ DUEÑAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **15679865,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2019** 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 04 de junio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

ARL | sura

Medellín, 04 de June 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 JESPROT INGENIERIA S.A.S.

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:	0000000003 MANTENIMIENTO Y/O MEJORAS LOCATIVAS DEL COLISEO DE		Clase: 1	Porcentaje Cotización:	0.522 %	
C15679865	ALVAREZ DUEÑA CARLOS MARIO	05/06/2026		13121726	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 04/06/2026 21:14:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.176.233.67, 192.230.104.11, 172.16.42.57

comfacor

FORMULARIO DE AFILIACIONES Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SU GRUPO FAMILIAR

-Por favor leer las indicaciones al respaldo antes de diligenciar
-Diligenciar este formato con letra clara, legible y sin tachones.

Versión	5
F. Aprobación	9/05/2025
Código	FO-MISF-AFI-04

I. TIPO DE NOVEDAD

N° de folios:

Radicado:

☒ Afiliación de Trabajador ☐ Afiliación de grupo familiar ☐ Adición de personas a cargo de trabajador afiliado ☐ Reintegro

II. DATOS DEL EMPLEADOR

NIT ☒ CC ☐ CE ☐ PT ☐ PE ☐

No: 901856683

Nombre o Razón Social: JESPROT INGENIERIA S.A.S

III. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de Identificación: TI ☐ CC ☒ CE ☐ PT ☐ PE ☐

Número de Identificación: 15679865

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ALVAREZ	DUEÑAS	CARLOS	MARIO

Estrato: | Teléfono casa: | Número de celular: 3244497283

Correo electrónico (si lo tiene): ROMEROTRAMITESYASESORIAS@GMAIL.COM

Género: M ☒ F ☐ I ☐

Estado Civil: Soltero ☒ Casado ☐ Unión libre ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐

Dirección de Residencia: CLL 29 # 15 - 44

Barrio de Residencia: CENTRO

Municipio de Residencia: MONTERIA

Departamento de Residencia: CORDOBA

Urbana ☒ Rural ☐

Dirección donde trabaja: KM 8 VIA PLANETA RICA

Barrio donde trabaja: MAL ABRIGO

Municipio donde trabaja: CHINU

Zona donde Labora: Urban ☒ Rural ☐

Fecha Ingreso a la Empresa: 04 / 06 / 2026

Salario Mensual: $ 1750905.00

Ocupación / Profesión: DIRECTOR DE OBRA

Teléfono Oficina: 3046225210

Si labora por horas, ¿Cuántas al mes? 240

Orientación Sexual: Heterosexual ☒ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información no disponible ☐

¿Cuenta usted con acreditación como veterano de guerra? SÍ ☐ NO ☒

Nivel Educativo

☐ Preescolar ☐ Básica ☐ Secundaria ☐ Media ☐ Básica adultos ☐ Secundaria adultos ☐ Media adultos ☐ Primera Infancia
☐ Técnico/Tecnológico ☐ Profesional Universitario ☒ Posgrado/Maestría ☐ Ninguna ☐ Información no disponible

Factor de vulnerabilidad

☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (No desplazado) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertados ☐ Damnificado desastre natural ☒ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabeza de familia ☐ En condición de discapacidad
☐ Población migrante ☐ Población zonas frontera (Nacionales) ☐ Ejercicio del trabajo sexual ☐ No aplica ☐ No disponible

Pertenencia étnica

☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena Resguardo _____ Pueblo indígena _____ ☐ Palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ Room/gitano ☐ No se auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐ No disponible

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SÍ ☐ NO ☐

NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PT ☐ PE ☐ No. | NOMBRE DEL EMPLEADOR | Si labora por horas, ¿Cuántas al mes? | Fecha Ingreso D M A | Salario Mensual $

IV. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

Tipo de Identificación: TI ☐ CC ☐ CE ☐ PT ☐ PE ☐

Género	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
M ☐ F ☐ I ☐				

Número de Identificación: | Dirección: | Barrio: | Municipio:

Teléfono: | Celular: | Correo electrónico (si lo tiene):

Ocupación: Ama de casa ☐ Trabaja ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Estudia ☐ No trabaja ☐

El(La) conyuge recibe cuota monetaria: SÍ ☐ NO ☐

¿Por cuál Caja de Compesación?

Nombre de la empresa: | NIT:

¿Desea incluir a su cónyuge o compañero(a) a su grupo familiar? SÍ ☐ NO ☐

V. INFORMACIÓN PARA AFILIACIÓN DE GRUPO FAMILIAR

(Ingrese aquí las personas que desea registrar como sus beneficiarios)

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

Tipo de Doc	N° de Identificación	Apellidos y Nombres Completos	Parentesco: Cónyuge	Cónyuge cuidadora personal	Hijo	Hijastro	Padre/Madre	Hno. Huérfano	Discapacitado	Fecha de Nacimiento D	M	A	Fecha de Expedición Doc D	M	A	Género M	F	I

VI. INFORMACION DE MEDIO DE PAGO (Solo en caso de afiliación de grupo familiar)

(Ingrese aquí los datos de la billetera que desea registrar como su medio de pago)

(Este campo es obligatorio si el trabajador presenta afiliación de beneficiarios hijos, hijastros, hermanos huérfanos y/o padres mayores de 60 años)

Autorizo a COMFACOR a cancelar el subsidio monetario y/o subsidios girados no cobrados disponibles que registren a mi nombre, a través de una de las siguientes opciones que tiene dispuestas para ello:

(Escoja una sola opción)

(Si escoge la opción billetera digital, se debe anexar certificación del producto con fecha de expedición no mayor a 30 días)

☐ **DAVIPLATA** (Davivienda) N° Celular:

☐ **NEQUI** (Bancolombia) N° Celular:

☐ **DALE** (Bogotá) N° Celular:

(Si escoge la opción de entidad bancaria, se debe anexar certificación bancaria de la cuenta con fecha de expedición no mayor a 30 días)

O a través de Entidad Bancaria Banco _____ Cuenta de Ahorros ☐ Cuenta corriente ☐ N° de cuenta _____

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para COMFACOR, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para informarte todo lo que tenemos para ti.

VII. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al diligenciar este formulario autorizo a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA - COMFACOR, ubicada en la Carrera 9 No. 12-01 de Montería y con teléfono de contacto 300 9120308, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, registrados en este formulario y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento, para dar cumplimiento a las finalidades de: Afiliación como trabajador a la Caja de Compensación; Afiliación de beneficiarios, cónyuges y/o núcleo familiar en la Caja de Compensación; Vinculación al Sistema de Subsidio Familiar; Verificación y actualización de datos personales; Asignación de subsidio familiar monetario, en especie, auxilio funerario y otros beneficios; Contacto para adelantar gestiones de cobro y/o envío de mensajes informativos y comerciales a través de correo electrónico, correspondencia, llamada telefónica, aplicaciones web y mensajes SMS; y/o demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información disponible en www.comfacor.com.co, la cual especifica los datos de carácter sensible. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Declaro contar con la autorización para suministrar la información de los titulares de datos referidos en el presente formulario para las finalidades descritas.

Declaro que la información aquí suministrada es cierta, verídica y, que en caso de ser admitida mi solicitud, me comprometo a cumplir con las normas establecidas por la Ley en lo concerniente a lo establecido en el Régimen de Subsidio Familiar; igualmente, autorizo a COMFACOR para que, por cualquier medio, se verifiquen los datos aquí contenidos y compruebe el cumplimiento de las mismas, si lo estima conveniente. Cualquier falsedad u omisión voluntaria conlleva a la anulación de esta solicitud. La omisión a este requisito puede generar falsedad documental, investigada penalmente.

Formulario generado a través del sistema de autogestión COMFACOR A UN CLIC. La autenticación del titular del trámite constituye aceptación y responsabilidad, por tanto no requiere firma manuscrita.

Firma del empleador

Carlos Alvarez

Firma trabajador

Cédula: 15679865

VIII. ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE COMFACOR

Observaciones:

Firma y Sello de Radicación

Información sujeta a verificación

Firma y Sello de Digitación

Revisado por: | Digitado por: | Fecha:

Motivo de devolución (ver respaldo):

Formularios, formatos o documentos mal diligenciados, ilegales, enmendados, rayados o incompletos	Documentación incompleta del trabajador	Documentación incompleta de beneficiarios	Recuerde que para acreditar derecho a subsidio familiar monetario no se reciben documentos parciales

Vigilado Supersubsidio

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Diligencie completamente el formulario preferiblemente en letra imprenta o a máquina, sin tachones, enmendaduras, repisados, ni uso de corrector.
2. Escriba correctamente el número de identificación del trabajador y el NIT del empleador.
3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este completa, correcta y los soportes requeridos correspondan con los solicitados de acuerdo con la Circular Única Jurídica de la Superintendencia del Subsidio Familiar.
4. No utilice números romanos en el diligenciamiento del formulario.
5. Utilice siempre cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día.
6. En caso de quedar información o documentos pendientes debe diligenciar otro formato.
7. Recuerde que no se deben dejar campos en blanco dentro del formulario.
8. **Pago a través de las billeteras digitales:** Escoja cualquiera de los medios de pagos disponibles para el pago de la cuota monetaria; Daviplata (Banco Davivienda), Nequi (Bancolombia) y Dale (Banco de Bogotá). Adicionalmente deberá adjuntar la certificación del producto de su preferencia con fecha de expedición no mayor a 30 días, para billeteras digitales o cuentas bancarias.

REQUISITOS PARA AFILIAR AL CÓNYUGE CUIDADOR

1. Tener afiliado(a) al beneficiario(a) cónyuge o compañero(a) permanente del(de la) trabajador(a) cotizante.
2. La remuneración mensual fija o variable del(de la) trabajador(a) dependiente afiliado(a) la Caja de Compensación no debe sobrepasar los dos (2) SMMLV.
3. El(la) cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador afiliado que realiza actividades de cuidador(a), no debe contar con una fuente formal directa de ingresos y no debe realizar una actividad formal remunerada, para esto deberá presentar la correspondiente declaración juramentada sobre esta condición, firmada tanto por el(la) cónyugue como por el(la) trabajador(a) afiliado(a).
4. Certificación de la EPS, IPS o entidad competente, sobre la situación de discapacidad de la persona en la cual indique de manera expresa que la persona discapacitada requiere asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos.

RECUERDE QUE PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA DEBE CUMPLIR LAS SIGUIENTES CONDICIONES

1. Debe ser trabajador permanente que labore un mínimo de 96 horas por mes, con una remuneración mensual igual o inferior al equivalente a cuatro salarios mínimos legales vigentes y tener personas legalmente a cargo. Art. 3 Ley 789/2002
2. Se considerarán personas a cargo únicamente:
   - Los hijos, hijastros o hermanos huérfanos de padres menores de 18 años. Para los hijos o hermanos huérfanos mayores de 12 años se requiere adjuntar certificados de estudio. Si son discapacitados deben acreditar dicha condición con el respectivo certificado, que cumpla con los parámetros normativos.
   - Los padres mayores de 60 años que dependan económicamente del trabajador y que ninguno de los dos reciba renta, pensión ni salario.
3. Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los ingresos recibidos en cada empleo.
4. Se tendrá en cuenta la suma de los ingresos laborales de los dos padres, y en caso de que estos no superen los cuatro salarios mínimos, se pagará cuota monetaria a cada padre por los mismos hijos sobre los que se demuestre el derecho.
5. Si sumados los ingresos laborales del trabajador y su cónyuge no superan los seis salarios mínimos legales vigentes, sólo se pagara cuota monetaria a uno de los padres por los hijos sobre los cuales demuestre el derecho.
6. Si sumados los ingresos laborales de los dos padres superan seis salarios mínimos legales vigentes ninguno podrá recibir cuota monetaria.

Nota: Si se cumple con los anteriores requisitos se debe adjuntar la documentación exigida para cada caso, de acuerdo con la guía de afiliación que se encuentra disponible en nuestra página web y para que la afiliación sea válida, la empresa debe estar afiliada a la Caja de Compensación y el trabajador debe cumplir con todas las condiciones del Régimen del Subsidio Familiar.

AVISO DE PRIVACIDAD

La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA – COMFACOR, persona Jurídica identificada con Nit. 891080005-1, con domicilio en la Carrera 9 # 12-01 de la ciudad de Montería (Córdoba), se permite informar a todos los titulares de datos personales que llegaren a ser incluidos en nuestras bases de datos:

--> Que el día veintitrés de julio de 2021, mediante la Resolución AEI 185, el AGENTE ESPECIAL DE INTERVENCIÓN de COMFACOR aprobó la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN conforme a la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1074 de 2015.

--> Que la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN es puesta a conocimiento de los titulares de los datos personales objeto de tratamiento, por medio del presente Aviso de Privacidad, el día 25 de agosto de 2021.

--> Que la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN se encuentra publicada en www.comfacor.com.co, donde se podrá consultar el tratamiento de los datos personales, las finalidades del tratamiento, los derechos de titulares de datos y la información sobre el carácter facultativo de la respuesta a preguntas sobre datos sensibles.

--> Que COMFACOR pone a disposición los siguientes canales de atención para el ejercicio de sus derechos como titular de datos personales: Dirección: Carrera 9 No. 12 – 01 Montería (Córdoba), Portal web: www.comfacor.com.co/PQRS, teléfono: 01 8000 413 758 o al Correo: atencionalcliente@comfacor.com.co.

Señor Afiliado, se informa que puede radicar documentos y aclarar cualquier inquietud desde los diferentes Centros Integrales de Servicios (CIS) de Comfacor en los municipios del departamento de Córdoba, la información de estos CIS puede ser consultada desde nuestra pagina web www.comfacor.com.co

Si requiere mayor orientación en el diligenciamiento del formulario, consultar el link https://www.comfacor.com.co/servicios/requisitos-para-acceder-al-subsidio-comfacor/, en la página web de la Caja.

Dirección Sede Principal: Calle 9 # 12 - 01 Barrio Buenavista

Si tienes alguna inquietud puedes comunicarte al Centro de Atención al Cliente (CAC) por los canales:
Telefono: 300 912 0308
Línea gratuita nacional: 01 8000 413 758



Vigilado Supersubsidio

15

nueva eps

CERTIFICA

El(La) Señor(a) CARLOS MARIO ALVAREZ DUEÑAS identificado(a) con CC 15679865 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/09/2021**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL NUEVA SALUD- MEDICINA INTEGRAL S.A PLANETA RICA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes de junio del año 2026.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

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:

DIEGO LUIS VILLADIEGO ESPITIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.957.385**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Junio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

ARL | sura

17

Medellín, 04 de June 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 JESPROT INGENIERIA S.A.S.

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:	0000000003 MANTENIMIENTO Y/O MEJORAS LOCATIVAS DEL COLISEO DE		Clase: 1		Porcentaje Cotización:	0.522 %
C1067957385	VILLADIEGO ESPITIA DIEGO LUIS	05/06/2026		62j24560	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 04/06/2026 21:17:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.176.233.67, 192.230.104.11, 172.16.42.57

comfacor

FORMULARIO DE AFILIACIONES Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SU GRUPO FAMILIAR

-Por favor leer las indicaciones al respaldo antes de diligenciar
-Diligenciar este formato con letra clara, legible y sin tachones.

Versión	5
F. Aprobación	9/05/2025
Codigo	FO-MISF-AFI-04

I. TIPO DE NOVEDAD

N° de folios	Radicado

☒ Afiliación de Trabajador ☐ Afiliación de grupo familiar ☐ Adición de personas a cargo de trabajador afiliado ☐ Reintegro

II. DATOS DEL EMPLEADOR

NIT ☒ CC ☐ CE ☐ PT ☐ PE ☐ No: 901856683

Nombre o Razón Social: JESPROT INGENIERIA S.A.S

III. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de Identificación: TI ☐ CC ☒ CE ☐ PT ☐ PE ☐

Número de Identificación: 1067957385

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
VILLADIEGO	ESPITIA	DIEGO	LUIS

Estrato | Teléfono casa | Número de celular: 3244497283

Correo electrónico (si lo tiene): ROMEROTRAMITESYASESORIAS@GMAIL.COM

Género: M ☒ F ☐ I ☐

Estado Civil: Soltero ☒ Casado ☐ Unión libre ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐

Dirección de Residencia: CLL 26 # 18 - 35

Barrio de Residencia: CENTRO

Municipio de Residencia: MONTERIA

Departamento de Residencia: CORDOBA

Urbana ☒ Rural ☐

Dirección donde trabaja: KM 8 VIA PLANETA RICA

Barrio donde trabaja: MAL ABRIGO

Municipio donde trabaja: CHINU

Zona donde Labora: Urban ☒ Rural ☐

Fecha Ingreso a la Empresa: 04 | 06 | 2026

Salario Mensual: $ 5.567.878

Ocupación / Profesión: INGENIERO RESIDENTE

Teléfono Oficina: 3046225210

Si labora por horas, ¿Cuántas al mes? 240

Orientación Sexual: Heterosexual ☒ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información no disponible ☐

¿Cuenta usted con acreditación como veterano de guerra? SÍ ☐ NO ☒

Nivel Educativo

☐ Preescolar ☐ Básica ☐ Secundaria ☐ Media ☐ Básica adultos ☐ Secundaria adultos ☐ Media adultos ☐ Primera Infancia
☐ Técnico/Tecnológico ☐ Profesional Universitario ☒ Posgrado/Maestría ☐ Ninguna ☐ Información no disponible

Factor de vulnerabilidad

☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (No desplazado) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertados ☐ Damnificado desastre natural ☒ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabeza de familia ☐ En condición de discapacidad
☐ Población migrante ☐ Población zonas frontera (Nacionales) ☐ Ejercicio del trabajo sexual ☐ No aplica ☐ No disponible

Pertenencia étnica

☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena Resguardo _____ Pueblo indígena _____ ☐ Palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ Room/gitano ☐ No se auto reconoce en ninguno de los anteriores ☐ No disponible

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SÍ ☐ NO ☐

NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PT ☐ PE ☐ No. | NOMBRE DEL EMPLEADOR | Si labora por horas, ¿Cuántas al mes? | Fecha Ingreso D M A | Salario Mensual $

IV. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

Tipo de Identificación: TI ☐ CC ☐ CE ☐ PT ☐ PE ☐

Género	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
M ☐ F ☐ I ☐				

Número de Identificación: | Dirección: | Barrio: | Municipio:

Teléfono: | Celular: | Correo electrónico (si lo tiene):

Ocupación: Ama de casa ☐ Trabaja ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Estudia ☐ No trabaja ☐

El(La) conyuge recibe cuota monetaria: SÍ ☐ NO ☐

¿Por cuál Caja de Compesación?

Nombre de la empresa: | NIT:

¿Desea incluir a su cónyuge o compañero(a) a su grupo familiar? SÍ ☐ NO ☐

V. INFORMACIÓN PARA AFILIACIÓN DE GRUPO FAMILIAR

(Ingrese aquí las personas que desea registrar como sus beneficiarios)

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

Tipo de Doc	N° de Identificación	Apellidos y Nombres Completos	Parentesco: Cónyuge	Cónyuge cuidadora personal	Hijo	Hijastro	Padre/Madre	Hno. Huérfano	Discapacitado	Fecha de Nacimiento D	M	A	Fecha de Expedición Doc D	M	A	Género M	F	I

VI. INFORMACIÓN DE MEDIO DE PAGO (Solo en caso de afiliación de grupo familiar)

(Ingrese aquí los datos de la billetera que desea registrar como su medio de pago)

(Este campo es obligatorio si el trabajador presenta afiliación de beneficiarios hijos, hijastros, hermanos huérfanos y/o padres mayores de 60 años)

Autorizo a COMFACOR a cancelar el subsidio monetario y/o subsidios girados no cobrados disponibles que registren a mi nombre, a través de una de las siguientes opciones que tiene dispuestas para ello:

(Escoja una sola opción)

(Si escoge la opción billetera digital, se debe anexar certificación del producto con fecha de expedición no mayor a 30 días)

☐ **DAVIPLATA** (Davivienda) N° Celular:

☐ **NEQUI** (Bancolombia) N° Celular:

☐ **DALE** (Bogotá) N° Celular:

(Si escoge la opción de entidad bancaria, se debe anexar certificación bancaria de la cuenta con fecha de expedición no mayor a 30 días)

O a través de Entidad Bancaria Banco _____ Cuenta de Ahorros ☐ Cuenta corriente ☐ N° de cuenta _____

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para COMFACOR, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para informarte todo lo que tenemos para ti.

VII. AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al diligenciar este formulario autorizo a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA - COMFACOR, ubicada en la Carrera 9 No. 12 -01 de Montería y con teléfono de contacto 300 9120308, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, registrados en este formulario y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento, para dar cumplimiento a las finalidades de: Afiliación como trabajador a la Caja de Compensación; Afiliación de beneficiarios, cónyuges y/o núcleo familiar en la Caja de Compensación; Vinculación al Sistema de Subsidio Familiar; Verificación y actualización de datos personales; Asignación de subsidio familiar monetario, en especie, auxilio funerario y otros beneficios; Contacto para adelantar gestiones de cobro y/o envío de mensajes informativos y comerciales a través de correo electrónico, correspondencia, llamada telefónica, aplicaciones web y mensajes SMS; y/o demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información disponible en www.comfacor.com.co, la cual especifica los datos de carácter sensible. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Declaro contar con la autorización para suministrar la información de los titulares de datos referidos en el presente formulario para las finalidades descritas.

Declaro que la información aquí suministrada es cierta, verídica y, que en caso de ser admitida mi solicitud, me comprometo a cumplir con las normas establecidas por la Ley en lo concerniente a lo establecido en el Régimen de Subsidio Familiar; igualmente, autorizo a COMFACOR para que, por cualquier medio, se verifiquen los datos aquí contenidos y compruebe el cumplimiento de las mismas, si lo estima conveniente. Cualquier falsedad u omisión voluntaria conlleva a la anulación de esta solicitud. La omisión a este requisito puede generar falsedad documental, investigada penalmente.

Formulario generado a través del sistema de autogestión COMFACOR A UN CLIC. La autenticación del titular del trámite constituye aceptación y responsabilidad, por tanto no requiere firma manuscrita.

Firma del empleador

Firma trabajador: Diego Villadiego
Cédula: 1067957385

VIII. ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE COMFACOR

Observaciones:

Firma y Sello de Radicación

Información sujeta a verificación

Firma y Sello de Digitación

Revisado por: | Digitado por: | Fecha:

Motivo de devolución (ver respaldo):

Formularios, formatos o documentos mal diligenciados, ilegales, enmendados, rejisados o incompletos	Documentación incompleta del trabajador	Documentación incompleta de beneficiarios	Recuerde que para acreditar derecho a subsidio familiar monetario no se reciben documentos parciales

Vigilado Supersubsidio

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Diligencie completamente el formulario preferiblemente en letra imprenta o a máquina, sin tachones, enmendaduras, repisados, ni uso de corrector.
2. Escriba correctamente el número de identificación del trabajador y el NIT del empleador.
3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este completa, correcta y los soportes requeridos correspondan con los solicitados de acuerdo con la Circular Única Jurídica de la Superintendencia del Subsidio Familiar.
4. No utilice números romanos en el diligenciamiento del formulario.
5. Utilice siempre cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día.
6. En caso de quedar información o documentos pendientes debe diligenciar otro formato.
7. Recuerde que no se deben dejar campos en blanco dentro del formulario.
8. Pago a través de las billeteras digitales: Escoja cualquiera de los medios de pagos disponibles para el pago de la cuota monetaria; Daviplata (Banco Davivienda), Nequi (Bancolombia) y Dale (Banco de Bogotá). Adicionalmente deberá adjuntar la certificación del producto de su preferencia con fecha de expedición no mayor a 30 días, para billeteras digitales o cuentas bancarias.

REQUISITOS PARA AFILIAR AL CÓNYUGE CUIDADOR

1. Tener afiliado(a) al beneficiario(a) cónyuge o compañero(a) permanente del(de la) trabajador(a) cotizante.
2. La remuneración mensual fija o variable del(de la) trabajador(a) dependiente afiliado(a) la Caja de Compensación no debe sobrepasar los dos (2) SMMLV.
3. El(la) cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador afiliado que realiza actividades de cuidador(a), no debe contar con una fuente formal directa de ingresos y no debe realizar una actividad formal remunerada, para esto deberá presentar la correspondiente declaración juramentada sobre esta condición, firmada tanto por el(la) cónyugue como por el(la) trabajador(a) afiliado(a).
4. Certificación de la EPS, IPS o entidad competente, sobre la situación de discapacidad de la persona en la cual indique de manera expresa que la persona discapacitada requiere asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos.

RECUERDE QUE PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA DEBE CUMPLIR LAS SIGUIENTES CONDICIONES

1. Debe ser trabajador permanente que labore un mínimo de 96 horas por mes, con una remuneración mensual igual o inferior al equivalente a cuatro salarios mínimos legales vigentes y tener personas legalmente a cargo. Art. 3 Ley 789/2002
2. Se considerarán personas a cargo únicamente:
- Los hijos, hijastros o hermanos huérfanos de padres menores de 18 años. Para los hijos o hermanos huérfanos mayores de 12 años se requiere adjuntar certificados de estudio. Si son discapacitados deben acreditar dicha condición con el respectivo certificado, que cumpla con los parámetros normativos.
- Los padres mayores de 60 años que dependan económicamente del trabajador y que ninguno de los dos reciba renta, pensión ni salario.
3. Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los ingresos recibidos en cada empleo.
4. Se tendrá en cuenta la suma de los ingresos laborales de los dos padres, y en caso de que estos no superen los cuatro salarios mínimos, se pagará cuota monetaria a cada padre por los mismos hijos sobre los que se demuestre el derecho.
5. Si sumados los ingresos laborales del trabajador y su cónyuge no superan los seis salarios mínimos legales vigentes, sólo se pagara cuota monetaria a uno de los padres por los hijos sobre los cuales demuestre el derecho.
6. Si sumados los ingresos laborales de los dos padres superan seis salarios mínimos legales vigentes ninguno podrá recibir cuota monetaria.

Nota: Si se cumple con los anteriores requisitos se debe adjuntar la documentación exigida para cada caso, de acuerdo con la guía de afiliación que se encuentra disponible en nuestra página web y para que la afiliación sea válida, la empresa debe estar afiliada a la Caja de Compensación y el trabajador debe cumplir con todas las condiciones del Régimen del Subsidio Familiar.

AVISO DE PRIVACIDAD

La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA – COMFACOR, persona jurídica identificada con Nit. 891080005-1, con domicilio en la Carrera 9 # 12-01 de la ciudad de Montería (Córdoba), se permite informar a todos los titulares de datos personales que llegaren a ser incluidos en nuestras bases de datos:

--> Que el día veintitrés de julio de 2021, mediante la Resolución AEI 185, el AGENTE ESPECIAL DE INTERVENCIÓN de COMFACOR aprobó la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN conforme a la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1074 de 2015.

--> Que la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN es puesta a conocimiento de los titulares de los datos personales objeto de tratamiento, por medio del presente Aviso de Privacidad, el día 25 de agosto de 2021.

--> Que la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN se encuentra publicada en www.comfacor.com.co, donde se podrá consultar el tratamiento de los datos personales, las finalidades del tratamiento, los derechos de titulares de datos y la información sobre el carácter facultativo de la respuesta a preguntas sobre datos sensibles.

--> Que COMFACOR pone a disposición los siguientes canales de atención para el ejercicio de sus derechos como titular de datos personales: Dirección: Carrera 9 No. 12 – 01 Montería (Córdoba), Portal web: www.comfacor.com.co/PQRS, teléfono: 01 8000 413 758 o al Correo: atencionalcliente@comfacor.com.co.

Señor Afiliado, se informa que puede radicar documentos y aclarar cualquier inquietud desde los diferentes Centros Integrales de Servicios (CIS) de Comfacor en los municipios del departamento de Córdoba, la información de estos CIS puede ser consultada desde nuestra pagina web www.comfacor.com.co

Si requiere mayor orientación en el diligenciamiento del formulario, consultar el link https://www.comfacor.com.co/servicios/requisitos-para-acceder-al-subsidio-comfacor/, en la página web de la Caja.

Dirección Sede Principal: Calle 9 # 12 - 01 Barrio Buenavista

Si tienes alguna inquietud puedes comunicarte al Centro de Atención al Cliente (CAC) por los canales:
Telefono: 300 912 0308
Línea gratuita nacional: 01 8000 413 758



Vigilado Supersubsidio

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **DIEGO LUIS VILLADIEGO ESPITIA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1067957385** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE CAMU DE MOMIL**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**04/06/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 04 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BUSTOS MUÑOZ JAVIER ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **78.733.714** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de julio de 2002 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 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 04 de junio 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://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

ARL | sura

Medellín, 04 de June 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 JESPROT INGENIERIA S.A.S.

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:	0000000003 MANTENIMIENTO Y/O MEJORAS LOCATIVAS DEL COLISEO DE		Clase: 1	Porcentaje Cotización:	0.522 %	
C78733714	BUSTOS MUÑOZ JAVIER ENRIQUE	05/06/2026		U1422121	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 04/06/2026 21:20:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.176.233.67, 192.230.104.11, 172.16.42.57

comfacor

FORMULARIO DE AFILIACIONES Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SU GRUPO FAMILIAR

-Por favor leer las indicaciones al respaldo antes de diligenciar
-Diligenciar este formato con letra clara, legible y sin tachones.

Versión	5
F. Aprobación	9/05/2025
Código	FO-MISF-AFI-04

I. TIPO DE NOVEDAD

[X] Afiliación de Trabajador [ ] Afiliación de grupo familiar [ ] Adición de personas a cargo de trabajador afiliado [ ] Reintegro

N° de folios:

Radicado:

II. DATOS DEL EMPLEADOR

NIT [X] CC [ ] CE [ ] PT [ ] PE [ ]

No: 901856683

Nombre o Razón Social: JESPROT INGENIERIA S.A.S

III. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de Identificación: TI [ ] CC [X] CE [ ] PT [ ] PE [ ]

Número de Identificación: 78733714

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BUSTOS	MUÑOZ	JAVIER	ENRIQUE

Estrato: | Teléfono casa: | Número de celular: 3003853214

Correo electrónico (si lo tiene): ROMEROTRAMITESYASESORIAS@GMAIL.COM

Género: M [X] F [ ] I [ ]

Estado Civil: Soltero [X] Casado [ ] Unión libre [ ] Separado [ ] Viudo [ ] Divorciado [ ]

Dirección de Residencia: CLL 29 # 14 - 53

Barrio de Residencia: CENTRO

Municipio de Residencia: MONTERIA

Departamento de Residencia: CORDOBA

Urbana [X] Rural [ ]

Dirección donde trabaja: KM 8 VIA PLANETA RICA

Barrio donde trabaja: MAL ABRIGO

Municipio donde trabaja: CHINU

Zona donde Labora: Urban [X] Rural [ ]

Fecha Ingreso a la Empresa: 04 06 2026

Salario Mensual: $ 1.750.905

Ocupación / Profesión: ELECTRICISTA

Teléfono Oficina: 3046225210

Si labora por horas, ¿Cuántas al mes? 240

Orientación Sexual: Heterosexual [X] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible [ ]

¿Cuenta usted con acreditación como veterano de guerra? SÍ [ ] NO [X]

Nivel Educativo

- [ ] Preescolar
- [ ] Básica
- [ ] Secundaria
- [ ] Media
- [ ] Básica adultos
- [ ] Secundaria adultos
- [ ] Media adultos
- [ ] Primera Infancia
- [X] Técnico/Tecnológico
- [ ] Profesional Universitario
- [ ] Posgrado/Maestría
- [ ] Ninguna
- [ ] Información no disponible

Factor de vulnerabilidad

- [ ] Desplazado
- [ ] Víctima del conflicto armado (No desplazado)
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Hijo(a) de desmovilizados o reinsertados
- [ ] Damnificado desastre natural
- [X] Cabeza de familia
- [ ] Hijo(a) de madres cabeza de familia
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Población migrante
- [ ] Población zonas frontera (Nacionales)
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] No aplica
- [ ] No disponible

Pertenencia étnica

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indígena Resguardo _____ Pueblo indígena _____
- [ ] Palenquero
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- [ ] Room/gitano
- [ ] No se auto reconoce en ninguno de los anteriores
- [ ] No disponible

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SÍ [ ] NO [ ]

NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PT [ ] PE [ ] | NOMBRE DEL EMPLEADOR | Si labora por horas, ¿Cuántas al mes? | Fecha Ingreso (D M A) | Salario Mensual $

No.

IV. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

Tipo de Identificación: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PT [ ] PE [ ]

Género: M [ ] F [ ] I [ ]

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Número de Identificación: | Dirección: | Barrio: | Municipio:

Teléfono: | Celular: | Correo electrónico (si lo tiene):

Ocupación: Ama de casa [ ] Trabaja [ ] Independiente [ ] Pensionado [ ] Estudia [ ] No trabaja [ ]

El(La) conyuge recibe cuota monetaria SÍ [ ] NO [ ]

¿Por cuál Caja de Compesación?

Nombre de la empresa: | NIT:

¿Desea incluir a su cónyuge o compañero(a) a su grupo familiar? SÍ [ ] NO [ ]

V. INFORMACION PARA AFILIACION DE GRUPO FAMILIAR

(Ingrese aquí las personas que desea registrar como sus beneficiarios)

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

Tipo de Doc	N° de Identificación	Apellidos y Nombres Completos	Parentesco: Cónyuge	Cónyuge cuidadora personal	Hijo	Hijastro	Padre/Madre	Hno. Huérfano	Discapacitado	Fecha de Nacimiento D	M	A	Fecha de Expedición Doc D	M	A	Género M	F	I

VI. INFORMACION DE MEDIO DE PAGO (Solo en caso de afiliación de grupo familiar)

(Ingrese aquí los datos de la billetera que desea registrar como su medio de pago)

(Este campo es obligatorio si el trabajador presenta afiliación de beneficiarios hijos, hijastros, hermanos huérfanos y/o padres mayores de 60 años)

Autorizo a COMFACOR a cancelar el subsidio monetario y/o subsidios girados no cobrados disponibles que registren a mi nombre, a través de una de las siguientes opciones que tiene dispuestas para ello:

(Escoja una sola opción)

(Si escoge la opción billetera digital, se debe anexar certificación del producto con fecha de expedición no mayor a 30 días)

[ ] **DAVIPLATA** (Davivienda) N° Celular:

[ ] **NEQUI** (Bancolombia) N° Celular:

[ ] **DALE** (Bogotá) N° Celular:

(Si escoge la opción de entidad bancaria, se debe anexar certificación bancaria de la cuenta con fecha de expedición no mayor a 30 días)

O a través de Entidad Bancaria Banco _____ Cuenta de Ahorros [ ] Cuenta corriente [ ] N° de cuenta _____

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para COMFACOR, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para informarte todo lo que tenemos para ti.

VII. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al diligenciar este formulario autorizo a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA - COMFACOR, ubicada en la Carrera 9 No. 12-01 de Montería y con teléfono de contacto 300 9120308, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, registrados en este formulario y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento, para dar cumplimiento a las finalidades de: Afiliación como trabajador a la Caja de Compensación; Afiliación de beneficiarios, cónyuges y/o núcleo familiar en la Caja de Compensación; Vinculación al Sistema de Subsidio Familiar; Verificación y actualización de datos personales; Asignación de subsidio familiar monetario, en especie, auxilio funerario y otros beneficios; Contacto para adelantar gestiones de cobro y/o envío de mensajes informativos y comerciales a través de correo electrónico, correspondencia, llamada telefónica, aplicaciones web y mensajes SMS; y/o demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información disponible en www.comfacor.com.co, la cual especifica los datos de carácter sensible. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Declaro contar con la autorización para suministrar la información de los titulares de datos referidos en el presente formulario para las finalidades descritas.

Declaro que la información aquí suministrada es cierta, verídica y, que en caso de ser admitida mi solicitud, me comprometo a cumplir con las normas establecidas por la Ley en lo concerniente a lo establecido en el Régimen de Subsidio Familiar; igualmente, autorizo a COMFACOR para que, por cualquier medio, se verifiquen los datos aquí contenidos y compruebe el cumplimiento de las mismas, si lo estima conveniente. Cualquier falsedad u omisión voluntaria conlleva a la anulación de esta solicitud. La omisión a este requisito puede generar falsedad documental, investigada penalmente.

Formulario generado a través del sistema de autogestión COMFACOR A UN CLIC. La autenticación del titular del trámite constituye aceptación y responsabilidad, por tanto no requiere firma manuscrita.

Firma del empleador

Firma trabajador: Javier Bustos

Cédula: 78733714

VIII. ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE COMFACOR

Observaciones:

Firma y Sello de Radicación

Información sujeta a verificación

Firma y Sello de Digitación

Revisado por: | Digitado por: | Fecha:

Motivo de devolución (ver respaldo):

Formularios, formatos o documentos mal diligenciados, ilegales, enmendados, rasgados o incompletos	Documentación incompleta del trabajador	Documentación incompleta de beneficiarios	Recuerde que para acreditar derecho a subsidio familiar monetario no se reciben documentos parciales

Vigilado Supersubsidio

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Diligencie completamente el formulario preferiblemente en letra imprenta o a máquina, sin tachones, enmendaduras, repisados, ni uso de corrector.
2. Escriba correctamente el número de identificación del trabajador y el NIT del empleador.
3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este completa, correcta y los soportes requeridos correspondan con los solicitados de acuerdo con la Circular Única Jurídica de la Superintendencia del Subsidio Familiar.
4. No utilice números romanos en el diligenciamiento del formulario.
5. Utilice siempre cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día.
6. En caso de quedar información o documentos pendientes debe diligenciar otro formato.
7. Recuerde que no se deben dejar campos en blanco dentro del formulario.
8. Pago a través de las billeteras digitales: Escoja cualquiera de los medios de pagos disponibles para el pago de la cuota monetaria; Daviplata (Banco Davivienda), Nequi (Bancolombia) y Dale (Banco de Bogotá). Adicionalmente deberá adjuntar la certificación del producto de su preferencia con fecha de expedición no mayor a 30 días, para billeteras digitales o cuentas bancarias.

REQUISITOS PARA AFILIAR AL CÓNYUGE CUIDADOR

1. Tener afiliado(a) al beneficiario(a) cónyuge o compañero(a) permanente del(de la) trabajador(a) cotizante.
2. La remuneración mensual fija o variable del(de la) trabajador(a) dependiente afiliado(a) la Caja de Compensación no debe sobrepasar los dos (2) SMMLV.
3. El(la) cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador afiliado que realiza actividades de cuidador(a), no debe contar con una fuente formal directa de ingresos y no debe realizar una actividad formal remunerada, para esto deberá presentar la correspondiente declaración juramentada sobre esta condición, firmada tanto por el(la) cónyugue como por el(la) trabajador(a) afiliado(a).
4. Certificación de la EPS, IPS o entidad competente, sobre la situación de discapacidad de la persona en la cual indique de manera expresa que la persona discapacitada requiere asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos.

RECUERDE QUE PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA DEBE CUMPLIR LAS SIGUIENTES CONDICIONES

1. Debe ser trabajador permanente que labore un mínimo de 96 horas por mes, con una remuneración mensual igual o inferior al equivalente a cuatro salarios mínimos legales vigentes y tener personas legalmente a cargo. Art. 3 Ley 789/2002
2. Se considerarán personas a cargo únicamente:
- Los hijos, hijastros o hermanos huérfanos de padres menores de 18 años. Para los hijos o hermanos huérfanos mayores de 12 años se requiere adjuntar certificados de estudio. Si son discapacitados deben acreditar dicha condición con el respectivo certificado, que cumpla con los parámetros normativos.
- Los padres mayores de 60 años que dependan económicamente del trabajador y que ninguno de los dos reciba renta, pensión ni salario.
3. Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los ingresos recibidos en cada empleo.
4. Se tendrá en cuenta la suma de los ingresos laborales de los dos padres, y en caso de que estos no superen los cuatro salarios mínimos, se pagará cuota monetaria a cada padre por los mismos hijos sobre los que se demuestre el derecho.
5. Si sumados los ingresos laborales del trabajador y su cónyuge no superan los seis salarios mínimos legales vigentes, sólo se pagara cuota monetaria a uno de los padres por los hijos sobre los cuales demuestre el derecho.
6. Si sumados los ingresos laborales de los dos padres superan seis salarios mínimos legales vigentes ninguno podrá recibir cuota monetaria.

Nota: Si se cumple con los anteriores requisitos se debe adjuntar la documentación exigida para cada caso, de acuerdo con la guía de afiliación que se encuentra disponible en nuestra página web y para que la afiliación sea válida, la empresa debe estar afiliada a la Caja de Compensación y el trabajador debe cumplir con todas las condiciones del Régimen del Subsidio Familiar.

AVISO DE PRIVACIDAD

La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA – COMFACOR, persona Jurídica identificada con Nit. 891080005-1, con domicilio en la Carrera 9 # 12-01 de la ciudad de Montería (Córdoba), se permite informar a todos los titulares de datos personales que llegaren a ser incluidos en nuestras bases de datos:

--> Que el día veintitrés de julio de 2021, mediante la Resolución AEI 185, el AGENTE ESPECIAL DE INTERVENCIÓN de COMFACOR aprobó la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN conforme a la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1074 de 2015.

--> Que la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN es puesta a conocimiento de los titulares de los datos personales objeto de tratamiento, por medio del presente Aviso de Privacidad, el día 25 de agosto de 2021.

--> Que la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN se encuentra publicada en www.comfacor.com.co, donde se podrá consultar el tratamiento de los datos personales, las finalidades del tratamiento, los derechos de titulares de datos y la información sobre el carácter facultativo de la respuesta a preguntas sobre datos sensibles.

--> Que COMFACOR pone a disposición los siguientes canales de atención para el ejercicio de sus derechos como titular de datos personales: Dirección: Carrera 9 No. 12 – 01 Montería (Córdoba), Portal web: www.comfacor.com.co/PQRS, teléfono: 01 8000 413 758 o al Correo: atencionalcliente@comfacor.com.co.

Señor Afiliado, se informa que puede radicar documentos y aclarar cualquier inquietud desde los diferentes Centros Integrales de Servicios (CIS) de Comfacor en los municipios del departamento de Córdoba, la información de estos CIS puede ser consultada desde nuestra pagina web www.comfacor.com.co

Si requiere mayor orientación en el diligenciamiento del formulario, consultar el link https://www.comfacor.com.co/servicios/requisitos-para-acceder-al-subsidio-comfacor/, en la página web de la Caja.

Dirección Sede Principal: Calle 9 # 12 - 01 Barrio Buenavista

Si tienes alguna inquietud puedes comunicarte al Centro de Atención al Cliente (CAC) por los canales:
Telefono: 300 912 0308
Línea gratuita nacional: 01 8000 413 758



Vigilado Supersubsidio

mutualser
Atención sin tanta vuelta

25

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JAVIER ENRIQUE BUSTOS MUÑOZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **78733714** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE CHINU**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**04/06/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 04 de junio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

DECLARACIÓN JURAMENTADA
DE AFILIACIÓN PARA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES

Montería, 05 JUN. 2026

Señores
GOBERNACIÓN DE CORDOBA

Asunto: Declaración de AFILIACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

El suscrito representante legal del JESPROT INGENIERIA S.A.S. identifica con NIT 901.856.683-2, hace constar que se encuentra afiliado el personal propuesto referente a sus obligaciones provenientes al sistema de salud, riesgos profesionales.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002.

Adjunto soporte de afiliaciones del personal propuesto.

Atentamente,

Janio Javier Jaraba V.

JESPROT INGENIERIA S.A.S.
Nit: 901856683-2
R.L: JANIO JAVIER JARABA VERGARA
C.C No. 1.066.175.904
CONTRATISTA