GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	CHASOY NARVAEZ GUSTAVO ALEJANDRO
Identificación:	CC: 1006908227
Tipo Cotizante:	Dependiente
Aportante:	CONSORCIO SAN FRANCISCO
Municipio:	COLON
IPS Asignada:	ESE HOSPITAL PÍO XII - PRINCIPAL
Estado:	Activo
Fecha de Afiliación:	2025-02-01
Regimen:	Contributivo
Fecha Aplicación Relación :	2025-09-05
Discapacidad:	Ninguna
Tipo Afiliación:	Masiva ley 691 de 2001
Nivel :	A
Cuota moderadora :	$4.700

Observación :

Dada el viernes, 5 de septiembre de 2025

Cordialmente

ADRIANA ISABEL CHARFUELAN RUANO

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GUSTAVO ALEJANDRO CHASOY NARVAEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1006908227,** se encuentra afiliado/a desde **02/09/2025** 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 03 de septiembre de 2025.

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.

Consorcio San Francisco	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Código:	327-GH-PG-01-F-08
		Versión:	02
	GESTIÓN HUMANA	Fecha:	22/11/2019

Ciudad. San Francisco - Putumayo Centro de operación 327

Yo CHASOY NARVAEZ GUSTAVO ALEJANDRO con C. C. No. 1006908227

CERTIFICO QUE

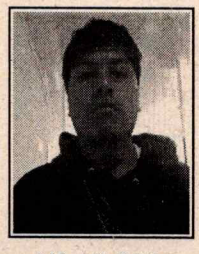
He recibido la siguiente dotación y elementos de protección personal para trabajar:

ELEMENTOS	CANTIDAD										
1.- Botas de seguridad	1										
2.- Botas de caucho	1										
3.- Pantalón	2										
4.- Camisa	2										
5.- Guantes en cuero largo											
6.- Guantes en carnaza											
7.- Guantes en vaqueta	1										
8.- Casco de seguridad											
9.- Peto Naranja	1										
10- Mangas de cuero											
11- Polainas de cuero											
12.- Gafas de seguridad	1										
13.- Mascarilla desechable	1										
14.- Protector de oídos	1										
15.- Otros Impermeable	1										
Guantes para moto											
Fecha de entrega	05-09-2025										
FIRMA DEL TRABAJADOR	Gustavo										
FIRMA DE QUIEN ENTREGA											

Observaciones	

OCUPSALUD SST SAS
Seguridad total e integral en el trabajo

NIT. 901390540-6
Carrera 38 # 20 -37 - Barrio Morasurco, Pasto - Nariño, Colombia
Cel. 314 611 2620 - E-mail. ocupsaludpasto@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 47.676

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	09 MES	2025 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS I

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

CONSORCIO SAN FRANCISCO

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación.CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CHASOY NARVAEZ GUSTAVO ALEJANDRO	MASCULINO	22 AÑOS 0 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1006908227 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
28/08/2003	3143578334	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	79,00	168,00	27,99 - SOBREPESO

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	ANEXO ALTURAS	✓
AUDIOMETRÍA	✓	ANEXO MEDICO ESPACIOS CONFINADOS	✓
ESPIROMETRÍA	✓	RX DE COLUMNA LUMBROSACRA TOTAL	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO CARDIOVASCULAR	✓
CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓	ANEXO NEUROLOGICO	✓
GLICEMIA	✓	VALORACION PSICOLOGICA ALTURAS	✓
PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓	ANEXO VESTIBULAR	✓
ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓	VALORACION PSICOLOGIA ESPACIOS CONFINADOS	✓

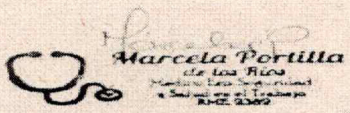
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	DIETA BALANCEADA
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR	
	CONTINUAR CAPACITACIONES	
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	
	SVE CARDIOVASCULAR	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

R. M.: 2443 **L.S.O.:** 2382

Código de Seguridad
V789B1H47676

Aspirante o Trabajador

Gustavo Chasoy

Firma:

Nombre: CHASOY NARVAEZ GUSTAVO ALEJANDRO

CC: 1006908227

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Gustavo Alejandro

Apellidos: Chasoy Narvaez

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1006908227

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 08 Año 2003

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	2-Sep-25	Y3D08	
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	2-Sep-25	233x006A	
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9400d93b-ea95-4868-b790-7e20f1ba7c36

Nombres y apellidos / Full name

GUSTAVO ALEJANDRO CHASOY NARVAEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 6 9 0 8 2 2 7

Fecha de nacimiento / Date of birth

28/08/2003

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID PFIZER	Primera	30	7	2021	PFIZER	EY0575	ESE HOSPITAL Pío XII	ANITA KAROLINA ROSERO ARANGO
COVID PFIZER	Segunda	21	8	2021	PFIZER	EY0586	ESE HOSPITAL Pío XII	ANITA KAROLINA ROSERO ARANGO
Fiebre Amarilla	Única	2	9	2025	Sanofi Pasteur	Y3D08	ESE HOSPITAL Pío XII	JANI LINDEY MERA JIMENEZ - CC1124312748 - Activo

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

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

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

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

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

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

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

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

Comfamiliar del Putumayo

605231-1006908227

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) CHASOY NARVAEZ GUSTAVO ALEJANDRO identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1006908227, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2025-09-05 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 10 de Septiembre 2025

Válida Por Treinta(30) días.



ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.784.112**

CHINDOY CHINDOY

APELLIDOS

WILSON ANDRES

NOMBRES

wilson Andres chindoy

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-SEP-1992**

SIBUNDOY
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-NOV-2010 SIBUNDOY

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-8401900-00273347-M-1122784112-20101223 0025306516A 1 25631521

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901591251
Número Afiliación: 9011179
Razón social: CONSORCIO SAN FRANCISCO

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1122784112
Nombre: WILSON ANDRES CHINDOY CHINDOY
Fecha Ingreso: 05/09/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 04/09/2025 02:14:09 p. m.

RADICADO

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

A1126

FECHA DE RADICACIÓN: 04 09 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Chindoy	Chindoy	Wilson	Andres

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1122784112 — 11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X] — 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M [X] T NB Otro — Cual?

13. NACIONALIDAD: Colombiana — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS Colombia, DEPARTAMENTO Putumayo, MUNICIPIO Sibundoy — 15. FECHA NACIMIENTO: 27 09 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 — 17. COMUNIDAD INDÍGENA — 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CAT. DE DISCAPACIDAD — 19. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI [ ] NO [X] — 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL, GRUPO — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. ARL: Axa colpatria

23. AFP: Porvenir — 24. IBC: 1423500 — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: N.A — 26. RESIDENCIA: TELÉFONO CELULAR 3102896757 — TELÉFONO FIJO: 0000

DIRECCIÓN: calle 3 # 2 - 101 — CORREO ELECTRÓNICO: wilson.chindoy@yahoo.es — DEPARTAMENTO: Putumayo

MUNICIPIO/ DISTRITO: Sibundoy — LOCALIDAD/COMUNA: N.A — ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

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 — 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	SEXO	LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO
B1							
B2							
B3							
B4							

Datos complementarios del Beneficiario

	PARENTESCO	ETNIA	DISCAPACIDAD	CLASIFICACIÓN SISBÉN	CAPACIDAD	51. Datos de residencia	ZONA
B1							
B2							
B3							
B4							

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR		DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	
B1							
B2							
B3							
B4							

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 San Francisco — 56. Tipo documento de identificación: nit — 57. Número del documento de identificación: 901591251 — 3106953070 — 58. Tipo de aportante: Dependiente

59. Dirección: Calle 100 # 9A-45 — gestionhumana consorcio... — Putumayo — Puerto Leguízamo

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS. Código [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO. Código [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIP. EN EPS RETORNO AL PAÍS / RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 62. SEXO BIOLÓGICO F M — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD: 05 09 2025 — 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. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [illegible] [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: [firma]

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT — Cantidad — Total 0

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. [illegible]

Total Anexos 0

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

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

OBSERVACIONES: Ayudante obra

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.

Powered by CamScanner

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:

WILSON ANDRES CHINDOY CHINDOY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.784.112**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Septiembre del 2025.

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.

Consorcio San Francisco	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Código:	327-GH-PG-01-F-08
		Versión:	02
	GESTIÓN HUMANA	Fecha:	22/11/2019

Ciudad. San Francisco - Putumayo Centro de operación 327

Yo CHINDOY CHINDOY WILSON ANDRES con C. C. No. 1122784112

CERTIFICO QUE

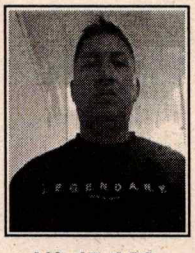
He recibido la siguiente dotación y elementos de protección personal para trabajar:

ELEMENTOS	CANTIDAD										
1.- Botas de seguridad	1										
2.- Botas de caucho	1										
3.- Pantalón	2										
4.- Camisa	2										
5.- Guantes en cuero largo											
6.- Guantes en carnaza											
7.- Guantes en vaqueta	1										
8.- Casco de seguridad	1										
9.- Peto Monja	1										
10- Mangas de cuero											
11- Polainas de cuero											
12.- Gafas de seguridad	1										
13.- Mascarilla desechable	1										
14.- Protector de oídos	1										
15.- Otros Impermeable	1										
Guantes para moto											
Fecha de entrega	05-09-205										
FIRMA DEL TRABAJADOR	Wilson										
FIRMA DE QUIEN ENTREGA											

Observaciones

OCUPSALUD S.S.T S.A.S
Seguridad total e integral en el trabajo

NIT. 901390540-6
Carrera 38 # 20 -37 - Barrio Morasurco, Pasto - Nariño, Colombia
Cel. 314 611 2620 - E-mail. ocupsaludpasto@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 47.688

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	09 MES	2025 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS I

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

CONSORCIO SAN FRANCISCO

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CHINDOY CHINDOY WILSON ANDRES	MASCULINO	32 AÑOS 11 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1122784112 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
27/09/1992	3225941085	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	84,10	176,00	27,15 - SOBREPESO

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	ANEXO ALTURAS	✓
AUDIOMETRÍA	✓	ANEXO MEDICO ESPACIOS CONFINADOS	✓
ESPIROMETRÍA	✓	RX DE COLUMNA LUMBROSACRA TOTAL	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO CARDIOVASCULAR	✓
CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓	ANEXO NEUROLOGICO	✓
GLICEMIA	✓	VALORACION PSICOLOGICA ALTURAS	✓
PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓	ANEXO VESTIBULAR	✓
ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓	VALORACION PSICOLOGIA ESPACIOS CONFINADOS	✓

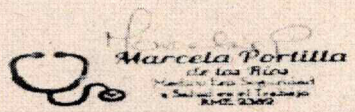
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	CONTINUAR CAPACITACIONES	DIETA BALANCEADA
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	
	SVE CARDIOVASCULAR	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

R. M.: 2443 **L.S.O.:** 2382

Código de Seguridad
U789A1G47688

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CHINDOY CHINDOY WILSON ANDRES

CC: 1122784112

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Wilson Andres
Apellidos: Chinchay Chinchay
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1122784112
Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 09 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	11-06-15	D2221	
	2	17-04-13		Eliza S
	3	20-05-15		Bertha C
	4	30-01-17	Inbravac D2277	Elizabeth P
	5	20-03-19		
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	4/07/12	Sanofi Pasteur Dosis 5	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Wilson Andres

Apellidos: Chinday Chinday

Documento de identidad: C.C. ✓ | T.I | Pasaporte | PEP | otro | cual:

No. 1122784112

Fecha de nacimiento: Día 24 Mes 09 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	09 MARZO 2021	COVID-19 Vaccine AstraZeneca Intramuscular Injection 5 ml — COVID-19 Vaccine (ChAdOx1-S [recombinant]) Store at 2-8°C Multidose vial (10 x 0.5 ml doses) — AstraZeneca — 1423111 — Lot ABX6491 — EXP 08-2021	ABX6491	ESE HAJ	Lodys Ley Pabon AUXILIAR DE ENFERMERIA CÓDIGO 1377	35316S
	2	20-11-21	Astrazeneca	NICOLA	ESE H-A-J	Carol 2-dosis	E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ María del Carmen Rodríguez AUXILIAR DE ENFERMERIA C.C. 39.641.428

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: WILLSON ANDRES

Apellidos: CHINDOY CHINDOY

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1122784112

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 09 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	7.5.25	23Y0168	CIEW - UVI
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	Ter Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Comfamiliar del Putumayo

605343-1122784112

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) CHINDOY CHINDOY WILSON ANDRES identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1122784112, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2025-09-05 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 10 de Septiembre 2025

Válida Por Treinta(30) días.



ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.126.906.386**

CHICUNQUE NARVAEZ

APELLIDOS

JUAN BAUTISTA

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **06-JUN-1990**

SIBUNDOY
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-ENE-2012 CON PUERTO LA CRUZ VEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-8881550-00446782-M-1126906386-20130703 **00338**75364A 2 37439308

3225371167