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

Ingrid Isabel Tellez Moru
Médico Mg. Salud Ocupacional
Lic. 0961-15 U. Libre

Firma:

Nombre: CC: 36751153 - INGRID ISABEL TELLEZ

R. M.: 522711 **L.S.O.:** 0961

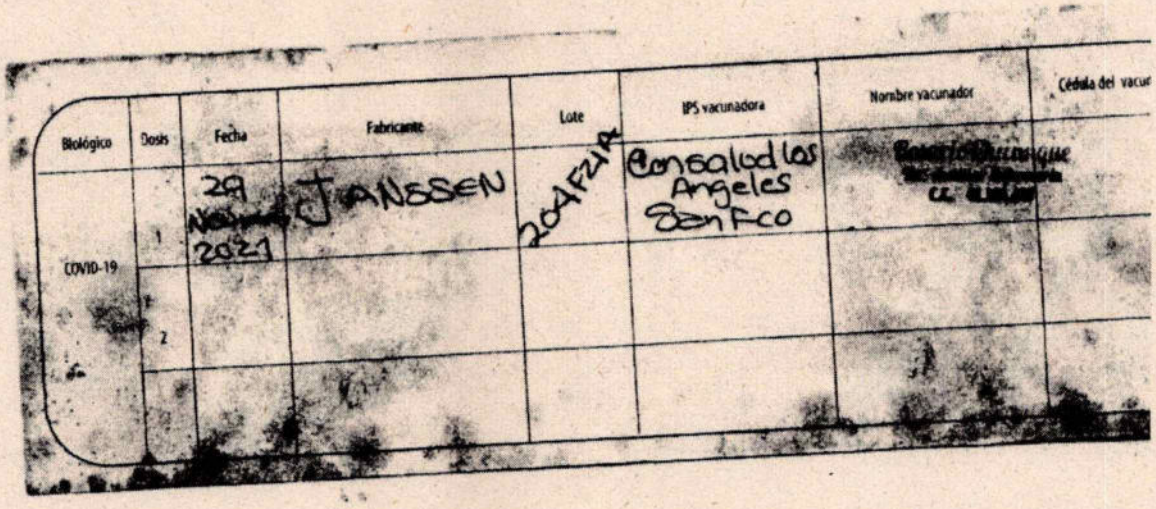
Código de Seguridad
A789G1M53689

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MAIGUAL BENAVIDES CRISTIAN ANDRES

CC: 1006679789



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacu
COVID-19	1	29 NOV 2021	JANSSEN	204FZ1A	Consalud los Angeles San Fco	[illegible]	
	2						

Certificado de Vacunación

Institución: Ocupsalud

Nombre: Cristian Maigual

Identificación: 1006797809 Tel: 3208147691

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
TT		28-06-24	220800 423A	[signature]

Carnet de Salud Pública

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Cristian Andres

Apellidos: Miguel Benavides

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

Número de documento: 1006679789

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 02 Año 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	04-05-25.	2460082	Botha C.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	28.06.24	220800 4234.	Laura Enriquez.
	2	13-02-26	2339A006A	Botha C.
	3	Cita= 13 agosto 2026		
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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 18195216
Nombre: LUIS LAUREANO URBANO MUÑOZ
Fecha Ingreso: 16/02/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 13/02/2026 08:30:58 a. m.

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LUIS LAUREANO URBANO MUÑOZ identificado(a) con CC 18195216, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por CONSORCIO SAN FRANCISCO NI 901591251 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
16/feb./2026	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
16/mar./2026	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 19 días del mes de feb. de 2026.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de Emssanar S.A.S., cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000930422 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Comfamiliar del Putumayo

658673-18195216

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) URBANO MUNOZ LUIS LAUREANO identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 18195216, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-02-16 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 19 de Febrero 2026

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS LAUREANO URBANO MUÑOZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **18195216,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2016** 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 08 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.

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: URBANO MUÑOZ LUIS LAUREANO con C. C. No.: 18195216

Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CERTIFICO QUE

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

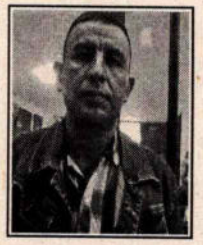
ELEMENTOS	CANTIDAD
1.- Botas de seguridad	1
2.- Botas de caucho	1
3.- Pantalón	2
4.- Camisa	2
5.- Guantes en cuero largo	
6.- Guantes en carnaza	
7.- Guantes en vaqueta	1
8.- Casco de seguridad	1
9.- Peto Monja	1
10- Mangas de cuero	
11- Polainas de cuero	
12.- Gafas de seguridad	1
13.- Mascarilla desechable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

Observaciones

OCUPSALUD SST SAS
Seguridad total e integral en el trabajo

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC

NIT. **901390540-6**
Dir: **Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles**
Cel: **314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666**
Correo: **ocupsaludpasto@gmail.com**
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.510

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2026 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	
URBANO MUÑOZ LUIS LAUREANO	MASCULINO	45 AÑOS 9 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	18195216 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
02/05/1980	3212336760	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	74.00	167.00	26.53 - SOBREPESO

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

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	✓
ELECTROCARDIOGRAMA- EKG	✓	ANEXO NEUROLOGICO	✓
CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓	VALORACION PSICOLOGICA ALTURAS	✓
GLICEMIA	✓	ANEXO VESTIBULAR	✓
PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓	VALORACION PSICOLOGIA ESPACIOS CONFINADOS	✓
ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

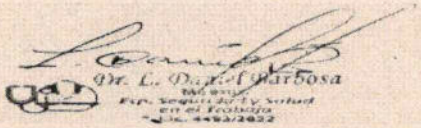
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	CONTROL DE PESO
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN	DIETA BALANCEADA
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

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: 1082839318 - LUIS DANIEL BARBOSA

R. M.: 471758/2013 **L.S.O.:** 4493/2022

Código de Seguridad
B789H1N53510

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: URBANO MUÑOZ LUIS LAUREANO

CC: 18195216

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 38e3fe49-24ef-46fd-8889-9efcbb14f18bc

Nombres y apellidos / Full name: **LUIS LAUREANO URBANO MUÑOZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 8 1 9 5 2 1 6**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **02/05/1980**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3209363913**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre Amarilla	Única	10	2	2001		L2022	VILLAGARZON	SIN DATO
COVID ASTRAZENECA	Primera	8	7	2021	Oxford-AstraZeneca	ABX6491	ESE HOSPITAL Pio XII	ANITA KAROLINA ROSERO ARANGO
COVID ASTRAZENECA	Segunda	4	10	2021	Oxford-AstraZeneca	NK0155	ESE HOSPITAL Pio XII	JANI LINDEY MERA JIMENEZ
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	7	5	2022	PFIZER	PCA0055	ESE HOSPITAL Pio XII	LILIANA EMILCEN JIMENEZ SILVA
COVID MODERNA	Segundo Refuerzo	14	12	2022	Moderna Biotech	001D22A	ESE HOSPITAL Pio XII	JANI LINDEY MERA JIMENEZ
TD Adulto	Primera	14	2	2024	Serum	2333Q012B	ESE HOSPITAL Pio XII	MARIA ROSA ELENA JAJOY JUAGIBIOY
TD Adulto	Segunda	9	2	2026	Serum	2334X006A	ESE HOSPITAL Pio XII	MARY LUZ OBANDO FLORES - CC41182462 - 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.

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 1088737952
Nombre: CARLOS ALFREDO BASTIDAS ESCOBAR
Fecha Ingreso: 16/02/2026
Salario básico: 2,289,600
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 13/02/2026 08:26:11 a. m.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 14/02/2026, el empleador CONSORCIO SAN FRANCISCO identificado con NIT número 901591251 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9979759	14/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1088737952	CARLOSALFREDO BASTIDAS ESCOBAR	2289600	OFICIAL DE CONSTRUCCION	2026-02-16

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Febrero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Comfamiliar del Putumayo

658675-1088737952

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) BASTIDAS ESCOBAR CARLOS ALFREDO identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1088737952, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-02-16 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 19 de Febrero 2026

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

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:

CARLOS ALFREDO BASTIDAS ESCOBAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.088.737.952**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Febrero 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.

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: BASTIDAS ESCOBAR CARLOS ALFREDO con C. C. No.: 1088737952

Cargo: OFICIAL DE OBRA I

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.- Impermeables	1
16.- Overol	
17.- Guantes para moto	
18.- Otros Barbiquejo	1
Fecha de entrega	
FIRMA DEL TRABAJADOR	Carlos Bas
FIRMA DE QUIEN ENTREGA	

Observaciones	

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

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. **901390540-6**
Dir: **Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles**
Cel: **314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666**
Correo: **ocupsaludpasto@gmail.com**
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.550

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	02 MES	2026 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 Ciudadania, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BASTIDAS ESCOBAR CARLOS ALFREDO	MASCULINO	28 AÑOS 9 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1088737952 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
07/05/1997	3233838934	TECNÓLOGO	O +	SOLTERO(A)	84.70	176.00	27.34 - SOBREPESO

Cargo
OFICIAL DE OBRA 1

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

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	✓

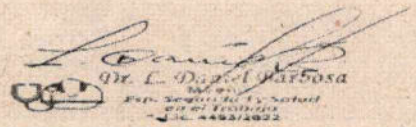
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	NO FUMAR
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS	CONTROL DE PESO
	SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	USO DE EPP	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

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: 1082839318 - LUIS DANIEL BARBOSA

R. M.: 471758/2013 **L.S.O.:** 4493/2022

Código de Seguridad
H789N1T53550

Aspirante o Trabajador

C-1-1, B, 1-2-J

Firma:

Nombre: BASTIDAS ESCOBAR CARLOS ALFREDO

CC: 1088737952

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 75c0fab6-1255-45e4-b0da-b73313d29d5

Nombres y apellidos / Full name: CARLOS ALFREDO BASTIDAS ESCOBAR

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1088737952

Fecha de nacimiento / Date of birth: 07/05/1997

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: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
COVID JANSSEN	Única	16	7	2021	Janssen	213A21A	BARBACOAS E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO	Omar fredy Velasco Fajardo
TD Adulto	Primer Refuerzo	30	08	2024	Serum	2333LO21C	SAMANIEGO HOSPITAL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS - NARIÑO	XIOMARA YERALDINE PANTOJA
FIEBRE AMARRILLA	Única	23	01	2021	Fabricante	24G0664	SAMANIEGO HOSPITAL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS - NARIÑO	HENIS LORENA MELO BENAVIDES -CC59795807 - ACTIVO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraidos del Sistema deInformación **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 Mnistery 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.

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	1122782893
Nombre:	JOHN JAIRO BURGOS BURGOS
Fecha Ingreso:	23/02/2026
Salario básico:	2,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	02
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	20/02/2026 11:57:08 a. m.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/02/2026, el empleador CONSORCIO SAN FRANCISCO identificado con NIT número 901591251 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10014516	21/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1122782893	JOHNJAIRO BURGOS BURGOS	2000000	CONDUCTOR VOLQUETA	2026-02-23

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Febrero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

JOHN JAIRO BURGOS BURGOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.782.893**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 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.

Comfamiliar del Putumayo

660290-1122782893

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) BURGOS BURGOS JOHN JAIRO identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1122782893, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-02-23 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 23 de Febrero 2026

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

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 BURGOS BURGOS JOHN JAIRO con C. C. No. 1122782893

Cargo CONDUCTOR DE VOLQUETA DOBLETROQUE

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.- Impermeables	1
16.- Overol	
17.- Guantes para moto	
18.- Otros Barbuquejo	1
Fecha de entrega	23-02-2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	
FIRMA DE QUIEN ENTREGA	

Observaciones	

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

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. **901390540-6**
Dir: **Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles**
Cel: **314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666**
Correo: **ocupsaludpasto@gmail.com**
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.837

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	02 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO

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	
BURGOS BURGOS JOHN JAIRO	MASCULINO	37 AÑOS 5 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	1122782893 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
05/09/1988	3118277969	TECNÓLOGO	O +	UNIÓN LIBRE	80.00	172.00	27.04 - SOBREPESO

Cargo
OPERADOR DE VOLQUETA DOBLETROQUE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

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	✓	EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
ESPIROMETRÍA	✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	RX DE COLUMNA LUMBROSACRA TOTAL	✓
CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓	ANEXO CARDIOVASCULAR	✓
GLICEMIA	✓	VALORACION PSICOLOGICA CONDUCTORES	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MÉDICO PERTINENTE : MONITORIA DE LA PRESION ARTERIAL EN SU EPS	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	CONTROL DE PESO
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	DIETA BALANCEADA
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES	
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

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

Médico

Firma: Dr. L. Daniel Barbosa Médico Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo T.P. 4493/2022

Nombre: CC: 1082839318 - LUIS DANIEL BARBOSA

R. M.: 471758/2013 **L.S.O.:** 4493/2022

Código de Seguridad
E789K1Q53837

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BURGOS BURGOS JOHN JAIRO

CC: 1122782893

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: ad9930a3-eb7a-4393-9723-c65e6906ae2

Nombres y apellidos / Full name: **JOHN JAIRO BURGOS BURGOS**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1122782893**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **05/09/1988**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3118257969**

Correo electrónico / e-mail: **pailosangeles@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre Amarilla	Única	06	02	2018			E.S.E HOSPITAL ORITO	CARMEN CHANCHI
COVID JANSSEN	Única	01	10	2021	Janssen	213A21A	CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO	LIA CAROLINA MURIEL
COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	29	03	2022	Janssen	202G21A	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	PAOLA FERNANDA SANTACRUZ PERAFAN
COVID SINOVAC	Segundo Refuerzo	29	09	2022	Sinovac	202112135B	MALLAMA E.S.E CS SANTIAGO	CRISTINA MAYLET GARRIDO RODRIGUEZ
TD Adulto	Primera	15	01	2025	Serum	2333L037C	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	LIA CAROLINA MURIEL LOPEZ - CC69008411 - ACTIVO
TD Adulto	Segunda	17	02	2026	Serum	2334L016E	CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO	MARIA ELIZABETH GUEVARA WUALTER - CC41181225 - ACTIVO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **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 Mnistery 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.

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 1120217540
Nombre: GUILLERMO DUVAN DIAGO ESCOBAR
Fecha Ingreso: 23/02/2026
Salario básico: 2,300,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 20/02/2026 12:01:28 p. m.

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) GUILLERMO DUVAN DIAGO ESCOBAR identificado(a) con CC 1120217540, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por CONSORCIO SAN FRANCISCO NI 901591251 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
23/feb./2026	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
23/mar./2026	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 24 días del mes de feb. de 2026.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de Emssanar S.A.S., cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000930422 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GUILLERMO DUVAN DIAGO ESCOBAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1120217540**, se encuentra afiliado/a desde **08/07/2016** 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 13 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

Comfamiliar del Putumayo

660288-1120217540

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) DIAGO ESCOBAR GUILLERMO DUVAN identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1120217540, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-02-23 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 23 de Febrero 2026

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

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: DIAGO ESCOBAR GUILLERMO DUVAN con C. C. No.: 1120217540

Cargo: DUCTOR DE EQUIPOS PESADOS Y LIVIANOS

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 Montq	1
10- Mangas de cuero	
11- Polainas de cuero	
12.- Gafas de seguridad	1
13.- Mascarilla desechable	1
14.- Protector de oídos	1
15.- Impermeables	1
16.- Overol	
17.- Guantes para moto	
18.- Otros Babuquejo	1
Fecha de entrega	23-03-2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	DUVAN DIAGO
FIRMA DE QUIEN ENTREGA	

Observaciones

OCUPSALUD SST SAS
Seguridad total e integral en el trabajo

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. **901390540-6**
Dir: **Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles**
Cel: **314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666**
Correo: **ocupsaludpasto@gmail.com**
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.838

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	02 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO

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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DIAGO ESCOBAR GUILLERMO DUVAN	MASCULINO	33 AÑOS 4 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	1120217540 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
15/10/1992	3223144334	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	74.00	173.00	24.73 - PESO NORMAL

Cargo
CONDUCTOR EQUIPO PESADO Y LIVIANO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTITUD SEGURIDAD VIAL

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	✓	EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
ESPIROMETRÍA	✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRÍA	✓	RX DE COLUMNA LUMBROSACRA TOTAL	✓
CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓	ANEXO CARDIOVASCULAR	✓
GLICEMIA	✓	VALORACION PSICOLOGICA CONDUCTORES	✓

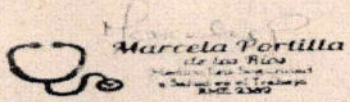
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	DIETA BALANCEADA
	CONTINUAR CAPACITACIONES	
	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
N789T1Z53838

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DIAGO ESCOBAR GUILLERMO DUVAN

CC: 1120217540

Este carné es válido en Colombia.
drá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

caso de requerir el certificado internacional de vacunación
rofilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados,
cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría
de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Guillermo Duvan

Apellidos: Diago Escobar

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

Número de documento: 1120217540

Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 10 Año 1992

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	03-08-2013		C. Salud Santiago Pescador
Fiebre Amarilla	Única	28-05-2024	X3A	
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13-08-2020		C. Salud los Angeles Bertha
	2	13-Dic-2025	2331X006A	Claudia Ospina
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19		1ra. 06-08-2021	059D2A	Adriana Prado
Otras				

Powered by CamScanner

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 242967 correspondiente a la empresa Temporales Integrales Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
WILLIAM LEONARDO MANRIQUE SALAS	C.C.	91,508,860	04/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 3 de febrero de 2026 a las 06:05:38 p. m.

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

30037771

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 145838

FECHA DE RADICACIÓN: 04 02 2026

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: N0838

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: MANRIQUE | SEGUNDO APELLIDO: SALAS | PRIMER NOMBRE: WILLIAM | SEGUNDO NOMBRE: LEONARDO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ] — CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 91508860
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | MUNICIPIO: SOCORRO
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA: 09 | MES: 04 | AÑO: 1982

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: CALLE 46 6 90
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3022467145
CORREO ELECTRÓNICO: wlmanriques@gmail.com
DEPARTAMENTO: PUTUMAYO
MUNICIPIO/ DISTRITO: SAN FRANCISCO
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 2049

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 DE 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	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	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
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	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)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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: TEMPORALES INTEGRALES S A S
56. Tipo documento de Identificación: X
57. Número del documento de Identificación: 900375602
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: CRA 7 NO 156 78 T 2 OFICINA 504 NORTH POINT
TELÉFONO FIJO O CELULAR: 8050322
CORREO ELECTRÓNICO: afiliaciones@temporalesintegrales.com
DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL
MUNICIPIO/DISTRITO: BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ___ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. 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: 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: 04 02 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 mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explicito 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. [X]
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). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [X]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [X]

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, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — William Manrique

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio — TEMPORALES INTEGRALES S.A.S. NIT 900.375.602-5

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:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, WILLIAM LEONARDO MANRIQUE SALAS identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. CC | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 91508860 de SOCORRO, 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. 3022467145

y/o correo electrónico: wlmanriques@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 SI ☐ NO ☐

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

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: William Manrique

Tipo ID: CC No. ID: 91508860

Fecha de Solicitud: 04/02/2026

Dirección: CALLE 46 6 90

Tel: 3022467145 Municipio: SAN FRANCISCO

Departamento: PUTUMAYO

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 ☐			
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado			
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____			

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

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 ☐	C.C. ☐	C.E. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A. ☐	T.I. ☐	C.D. ☐		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Gilberto Montoya Arenas	N0838		CIUDAD Y FECHA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MANRIQUE SALAS WILLIAM LEONARDO** identificado(a) con **CC** número **91.508.860** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de junio de 2004 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 05 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/**

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo Nit. 891.200.117-8	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)

Dependiente [X] | Madre Comunitaria [ ] | Facultativo [ ]
Servicio Domestico [ ] | Pensionado [ ] | Independiente [ ]

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
TEMPORALES INTEGRALES SAS	CL 114 A 47 A 69	900375602	240	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
MANRIQUE	SALAS	WILLIAM LEONARDO	MASCULINO [X]	HETEROSEXUAL [X]
			FEMENINO [ ]	HOMOSEXUAL [ ]
				BISEXUAL [ ]
			INDETERMINADO [ ]	INFORMACION NO DISPONIBLE [ ]

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento: Día	Mes	Año	Municipio donde Labora:
TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No. 91508860	09	04	1982	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Correo eletronico:
CLL 46 6 90	3022467145	wlmanriques@gmail.com

Nivel de Escolaridad: Primaria [ ] | Secundaria [X] | Técnico [ ] | Tecnologico [ ] | Universitario [ ] | PostGrado [ ] | Ninguno [ ]

Ocupación: INSPECTORES DE

Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo): 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [X]

Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo): 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ] 8 [ ] 9 [ ] 10 [ ]

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) [X] Viudo (a) [ ] Separado (a) [ ]	Familiar [ ] Propia [ ]	SI [ ]	Normal [X]	Día 04 Mes 02 Año 2026
Casado (a) [ ] Divorciado (a) [ ] Union Libre [ ]	Arriendo [ ] X Hipoteca [ ]	NO [X]	Discapacidad [ ] ¿Cual? _	

Pertenece a algún Resguardo: SI __ NO X ¿Cuál? | Pertenece a algún pueblo indígena : SI __ NO X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Sexo M / F

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
SI [ ] No [ ]	Casado(a) [ ] Unión Libre [ ]		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo M / F

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No.				

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia. 1er. Apellido / 2do. Apellido / Nombres	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	SEXO INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadanía o Extranjería, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia) RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Resolución)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI [ ] NO [ ]

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, artículo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI [ ] NO [ ]

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com . Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran; Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promociona la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.

Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico, habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: SI [X] NO [ ]

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad de juramento declaro que. Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas; a [ ] SI [ ] NO por declarantes de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja. *(Aplica únicamente para afiliación de padres)*

TEMPORALES INTEGRALES
Empleador Temporal Vinculado en Personal
NIT 900375602-8

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR | William Manrique FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.278

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	02 MES	2026 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

TEMPORALES INTEGRALES S A S

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	
MANRIQUE SALAS WILLIAM LEONARDO	MASCULINO	43 AÑOS 9 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	91508860 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
09/04/1982	3008539499	TECNÓLOGO	A +	CASADO(A)	84.00	175.00	27.43 - SOBREPESO

Cargo
INSPECTOR DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

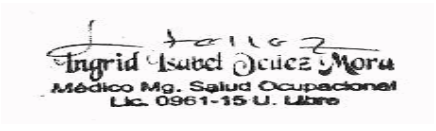
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA : Y USO OBLIGATORIO PARA ALTURAS	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA : BAJA EN HARINAS Y FRITOS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO

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				Aspirante o Trabajador
Firma:			**Firma:**	
Nombre:	CC: 36751153 - INGRID ISABEL TELLEZ		**Nombre:**	MANRIQUE SALAS WILLIAM LEONARDO
R. M.:	522711 **L.S.O.:** 0961	**Código de Seguridad** C789I1O53278	**CC:**	91508860

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 242967 correspondiente a la empresa Temporales Integrales Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JOHNATAN LADINO VALENCIA	C.C.	1,054,997,976	04/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 3 de febrero de 2026 a las 06:05:56 p. m.

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

30037737

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 145796

FECHA DE RADICACIÓN: 04 02 2026

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: N0838

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: LADINO | SEGUNDO APELLIDO: VALENCIA | PRIMER NOMBRE: JOHNATAN | SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1054997976
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: CALDAS | MUNICIPIO: CHINCHINA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 14 MES 04 AÑO 1997

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: CALLE 6 C 11 21
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3234630127
CORREO ELECTRÓNICO: jhonatan1997@hotmail.com
DEPARTAMENTO: PUTUMAYO
MUNICIPIO/ DISTRITO: SAN FRANCISCO
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 2049

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 DE 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	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN T	40. SEXO IDENTIFICACIÓN NB	40. SEXO IDENTIFICACIÓN Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	41. LUGAR DE NACIMIENTO DEPART.	41. LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	42. FECHA DE NACIMIENTO MES	42. FECHA DE NACIMIENTO AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	47. 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
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	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)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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: TEMPORALES INTEGRALES S A S
56. Tipo documento de Identificación: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [X]
57. Número del documento de Identificación: 900375602
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
59. Ubicación: CRA 7 NO 156 78 T 2 OFICINA 504 NORTH POINT | TELÉFONO FIJO O CELULAR: 8050322 | CORREO ELECTRÓNICO: afiliaciones@temporalesintegrales.com | DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL | MUNICIPIO/DISTRITO: BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ___ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. 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: 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: DÍA 04 MES 02 AÑO 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 mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explicito 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. [X]
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). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [X]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [X]

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, cabeza de familia, beneficiario del régimen especial que aplique o afiliado adicional — Johnatan Ladino

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio — TEMPORALES INTEGRALES S.A.S. NIT 900.375.602-5

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:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, JOHNATAN LADINO VALENCIA identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | **CC** | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1054997976 de CHINCHINA, 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. 3234630127

y/o correo electrónico: jhonatan1997@hotmail.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 SI ☐ NO ☐

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

Cordialmente

Firma: Johnatan Ladino

Tipo ID: CC No. ID: 1054997976

Fecha de Solicitud: 04/02/2026

Dirección: CALLE 6 C 11 21

Tel: 3234630127 Municipio: SAN FRANCISCO

Departamento: PUTUMAYO

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		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	COLPATRIA	PORVENIR	$1750905	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐

Inicio Contrato | Fin Contrato

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 ☐	C.C. ☐	C.E. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A. ☐	T.I. ☐	C.D. ☐		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Gilberto Montoya Arenas	N0838		CIUDAD Y FECHA

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:

JOHNATAN LADINO VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.054.997.976**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Febrero 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.

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo Nit. 891.200.337-8	FECHA: 09 JULIO 2024
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 13

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)

Dependiente	X	Madre Comunitaria		Facultativo	
Servicio Domestico		Pensionado		Independiente	

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
TEMPORALES INTEGRALES SAS	CL 114 A 47 A 69	900375602	240	1423500

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
LADINO	VALENCIA	JOHNATAN	MASCULINO X	HETEROSEXUAL X
			FEMENINO	HOMOSEXUAL
				BISEXUAL
			INDETERMINADO	INFORMACION NO DISPONIBLE

Tipo de Identificación:	Numero de Identificación:	Fecha de Nacimiento: Día	Mes	Año	Municipio donde Labora:
TI CC X CE PA PEP	No. 1054997976	14	04	1997	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 6C 11 21	3234630127	Primaria Secundaria X Técnico Tecnologico Universitario PostGrado Ninguno
Correo eletronico: jhonatan1997@hotmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)							Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)									
OPERADORES DE M	1	2	3	4	5	6	X		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) X Viudo (a) Separado (a)	Familiar Propia	SI	Normal X	Día 30 Mes 04 Año 2025
Casado (a) Divorciado (a) Union Libre	Arriendo X Hipoteca	NO X	Discapacidad ¿Cual?	

Pertenece a algún Resguardo: SI __ NO X ¿Cuál?
Pertenece a algún pueblo indígena : SI __ NO X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Sexo	M F INDETER MINADO

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TIC CC CE PA PEP				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si No	Casado(a) Unión Libre		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo	M F INDETER MINADO

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Correo Electrónico
TI CC CE PA PEP	No.				

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia.	SEXO			FECHA DE NACIMIENTO			(Cedula de Ciudadanía o Extranjería, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia)					NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO					
1er. Apellido 2do. Apellido Nombres	MASCULINO	FEMENINO	INDETERMINADO	Día	Mes	Año	RC	TI	CC	CE	PEP		HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Respaldo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI NO

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFIC. DEL TITULAR _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información consignada varié me obligo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho de conformidad con lo contenido en el artículo 37 de la Ley 21 de 1982.El suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Si está desacuerdo señale con una X: SI X NO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Único reglamentario 1074 de 2015 capitulo 25 y demás normas concordantes y complementarias en materia de protección de datos, de manera previa, expresa e informada, AUTORIZA a Comfamiliar Putumayo el tratamiento y uso de sus datos personales consistente en; Recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal, para las finalidades de tramitar el proceso de afiliación a Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promocione la Caja. Los derechos de conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir la información podrán ejercerse a través del correo habeasdata@comfaputumayo.com. La "Política de Tratamiento de Datos" está disponible en la página web corporativa www.comfaputumayo.com para su conocimiento y consulta. "Recuerde que no está obligado a autorizar el tratamiento de datos sensibles (se distingue con letra roja)"

Autoriza el Tratamiento y Uso de sus datos personales: SI X NO

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad del juramento declaro que, mis beneficiarios padres mayores de 60 años durante el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna indole por lo cual no son declarantes de renta ante la DIAN, ni desarrollaron actividades mercantiles. Conjuntamente me comprometo, a que con ocasión de que en un futuro mi beneficiario este obligado a Declarar Renta por concepto de ingresos. Informare de manera oportuna la novedad a la Caja. *(Aplica únicamente para el proceso de afiliación de padres) *

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

VIGILADO SuperSubsidio

REQUISITOS PARA AFILIACION

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formulario en su totalidad sin tachones ni enmendaduras
2. Adjuntar todos los documentos requeridos para poder tener derecho a cuota monetaria y los servicios que presta la Caja de Compensación
3. Es obligatoria la firma y sello de la empresa.
4. Las fotocopias de los documentos de identidad y soportes que acrediten derechos deben ser perfectamente legibles.
5. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

1. Si falta algún documento, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda la información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.
4. Presentar documentos sin las firmas correspondientes o que estén alterados por alguna circunstancia.

DEPENDIENTE

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Copia del documento de identidad del trabajador o el documento válido de identificación para extranjeros
- Cuando el trabajador es menor de edad, anexar permiso para trabajar expedido por el Ministerio de Trabajo
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública", anexar certificación de acreditación como veterano expedido por el Ministerio de Defensa.

CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente o documento válido de identificación para extranjeros.
- Registro civil de matrimonio o Formato de Declaración Juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, para el(a) compañero(a) permanente
- En caso de que el cónyuge o compañero(a) permanente labore, anexar certificado laboral con salario devengado.
- En caso de que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Para el cónyuge o compañero(a) permanente del mismo sexo se deben presentar los mismos documentos

Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

HIJOS

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro civil de nacimiento
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal-NUIP es alfanumérico
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

HIJASTROS

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro Civil
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad.
- Certificado de la Entidad Promotora de Salud -EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia este en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
- Declaración en el que conste que el padre o madre biológico (a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.
- En caso que el padre biológico haya fallecido anexar registro civil de defunción.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

HERMANOS(AS) HUÉRFANOS DE PADRES

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro Civil de nacimiento del afiliado y del hermano(a)
- Registro de Civil defunción del padre y madre
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

PADRES

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del padre y/o madre o el documento válido de identificación para extranjeros
- Registro Civil de Nacimiento del trabajador.
- Formato de Declaración Juramentada del Ministerio del Trabajo donde se evidencie la dependencia económica y se declare que el padre y/o madre no
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador
- Para los padres menores de 60 años, se debe presentar los mismos documentos. (Cuando hay discapacidad)

DISCAPACIDAD

- El trabajador acreditara la discapacidad del beneficiario con certificado legible expedido por la EPS o entidad competente que indique la Discapacidad.

FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR O BENEFICIARIO

- Copia del Registro Civil de Defunción

INDEPENDIENTE O PENSIONADO

- Formulario de Afiliación completamente diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad

VIGILADO Supersubsidio

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente,tener contrato a término fijo o indefinido.

2.Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente,no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

3.Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.

4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportarla novedad correspondiente por PILA.

5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido,se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.

6.Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.

7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de febrero de cada año.

8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada,formato suministrado por Comfaputumayo.

SEÑOR TRABAJADOR TENGA PRESENTE

El subsidio familiar es una prestación social pagadera en dinero, especie y servicios a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, y su objetivo fundamental consiste en el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia, como núcleo básico de la sociedad. *Ley 21 de 1982. Art.1*

El subsidio familiar no es salario, ni se computará como factor del mismo en ningún caso. *Ley 21 de 1982. Art.2*

Durante los períodos de incapacidad por motivo de enfermedad no profesional, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional, el trabajador beneficiario tendrá derecho a recibir el subsidio familiar. Dicho trabajador deberá acreditar su incapacidad con certificación expedida por el Instituto de Seguros Sociales en el caso de los trabajadores del sector privado, o por el organismo de previsión social correspondiente en el caso de trabajadores del sector público. Subsidiariamente, donde no exista Seguro Social obligatorio u organismos de previsión social, se acreditará la incapacidad mediante prueba idónea del servicio médico del empleador. *Ley 21 de 1982. Art.25*

El subsidio familiar por los hijos a cargo se pagará desde el mes de su nacimiento hasta el de su defunción, o cumplimiento de la edad de diez y ocho (18) años. *Ley 21 de 1982. Art. 29.*

Los hermanos huérfanos de padre y los hijos que sean inválidos o de capacidad física disminuida, y que hayan perdido más del sesenta por ciento (60%) de su capacidad normal de trabajo, causarán derecho al subsidio familiar sin ninguna limitación en razón de su edad y percibirán doble cuota de subsidio si reciben educación o formación profesional especializada en establecimiento idóneo. *Ley 21 de 1982. Art 30*

En caso de muerte de una persona a cargo, por la cual el trabajador estuviere recibiendo subsidio familiar, se pagará un subsidio extraordinario por el mes en que ésta ocurra, equivalente a doce (12) mensualidades del subsidio en dinero que viniere recibiendo por el fallecido. *Ley 21 de 1982, Art. 34*

Todo trabajador beneficiario tendra obligación de avisar a la respectiva Caja directamente o por conducto del empleador, los nacimientos o muertes de personas a cargo, el término de la convivencia, y cualquier otro hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio, dentro del mes en que cualquiera de dichos eventos ocurra.*Ley 21 de 1982, Art. 37*

FACTOR DE VULNERABILIDAD	1.	Desplazado
	2.	Victima del conflicto armado (no desplazado)
	3.	Desmovilizado o reinsertado
	4.	Damnificado desastre natural
	5.	Cabeza de familia
	6.	En condición de discapacidad
	7.	Población migrante
	8.	Población zonas frontera
	9.	Ejercicio del trabajo sexual
	10.	No aplica

NOTA: DILIGENCIAR EL NUMERO DEL TIPO DE DISCAPACITADAD EN EL CAMPO DE DATOS DEL TRABAJADOR Y EN PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR.

PERTENENCIA ÉTNICA	1.	Afrocolombiano
	2.	Comunidad negra
	3.	Indígena
	4.	Palanquero
	5.	Raizal del archipiélago se San Andrés, Providencia y Santa Catalina
	6.	Room/Gitano
	7.	No se auto reconoce en ninguno de los anteriores

TIPO DE DISCAPACIDAD RESOLUCIÓN (1239 de 2022)	1.	Discapacidad Física
	2.	Discapacidad Auditiva
	3.	Discapacidad Visual
	4.	Sordo ceguera
	5.	Discapacidad Intelectual
	6.	Discapacidad Psicosocial
	7.	Discapacidad Múltiple

VIGILADO SuperSubsidio

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A COMFAMILIAR PUTUMAYO

DERECHOS

1. Recibir un trato digno, amable y respetuoso sin discriminación o distinción, por razones sociales, raciales, ideológicas o económicas. Preservando la honra, reputación, vida privada y familiar.
2. Recibir una atención prioritaria cuando esté en grupos de desprotección o discapacidad con una infraestructura que responda a las necesidades.
3. Acceder a las diferentes opciones de afiliación a la Caja, de acuerdo con la calidad y cumplimiento de los requisitos de Ley establecidos.
4. Recibir oportunamente el pago del subsidio familiar, por los medios de entrega definidos y según el valor establecido en la vigencia.
5. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo o del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar.
6. Disfrutar de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo con la tarifa más baja, por haber estado vinculado durante 25 años o más al sistema del subsidio familiar.
7. Postularse al subsidio de desempleo obteniendo una respuesta dentro de los términos de ley y ser beneficiario al cumplimiento de requisitos establecidos.
8. Conocer la oferta de servicios y tarifas según la categoría aplicable, a través de los medios de difusión establecidos.
9. Obtener un servicio con seguridad y calidad, en los términos y condiciones ofertadas, con una logística e infraestructura adecuada.
10. Recibir una respuesta clara, veraz y con conocimiento respecto a las consultas por los servicios o beneficios ofertados o prestados.
11. Presentar derecho de petición sin necesidad de apoderado, y cuando requiera el reconocimiento de un derecho fundamental que sea tratado prioritariamente.
12. Recibir una respuesta oportuna y de fondo al derecho de petición dentro de los términos de Ley establecidos y por los canales dispuestos.
13. Requerir el cumplimiento de las responsabilidades a los funcionarios de acuerdo a las solicitudes e intereses.
14. Conocer, actualizar, rectificar o suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada.
15. Salvo reserva legal, obtener información de interés público por los canales establecidos y de acuerdo a los términos estipulados en Ley.
16. Solicitar el resarcimiento cuando el servicio no estuvo conforme a las condiciones ofertadas o se genera una experiencia negativa ocasionada por la Caja de compensación.
17. Ejercer cualquier otro derecho que le reconozca la Constitución y Leyes.

DEBERES

1. Acatar la Constitución y las Leyes.
2. Obrar conforme al principio de buena fe, evitando hacer afirmaciones temerarias y utilizar documento o declaración falsa para certificar derechos o acceder a servicios.
3. Tratar con respeto a los funcionarios y colaboradores, empleando un lenguaje ético.
4. Entregar completa y oportunamente la documentación requerida para el trámite, solicitud o necesidad.
5. Actualizar la información de manera oportuna, precisa y veraz, para la acreditación de derechos y confiabilidad de la información
6. Utilizar apropiadamente la infraestructura y bienes dispuestos para la prestación del servicio.
7. Pagar oportunamente el aporte y los servicios segun la categoria aplicable.
8. Ejercer con responsabilidad los derechos y abstenerse de reiterar solicitudes evidentemente improcedentes que afecten los tiempos de los trámites y la agilidad de respuesta.
9. Solicitar de forma oportuna y respetuosa asesoría, información, documentos o servicios.
10. Cumplir con los procedimientos establecidos para los trámites y servicios que presta la Caja.

Señor Afiliado, a través de la página web www.comfaputumayo.com, podrá consultar o descargar la Carta de derechos y Deberes o la Política de Datos personales de la Caja De Compensación Familiar Del Putumayo . También podrá encontrar información de interés y publicidad de nuestros servicios.

"TU BIENESTAR ES NUESTRA PRIORIDAD"

VIGILADO Supersubsidio

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.280

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	02 MES	2026 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

TEMPORALES INTEGRALES S A S

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	
LADINO VALENCIA JOHNATAN	MASCULINO	28 AÑOS 9 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	1054997976 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
14/04/1997	3234630127	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	84.00	166.00	30.48 - OBESIDAD GRADO

Cargo
OPERADOR DE MAQUINAS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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	✓	CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

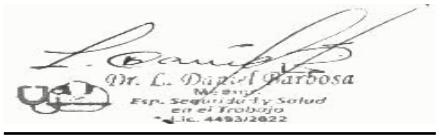
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	NO FUMAR
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS	CONTROL DE PESO
	SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	USO DE EPP	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

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



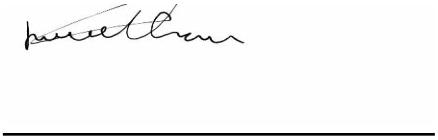
Firma:

Nombre: CC: 1082839318 - LUIS DANIEL BARBOSA

R. M.: 471758/2013 **L.S.O.:** 4493/2022

Código de Seguridad
L789R1X53280

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LADINO VALENCIA JOHNATAN

CC: 1054997976

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 242967 correspondiente a la empresa Temporales Integrales Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
MARIO ANDRES NATI PASTAS	C.C.	1,122,782,544	04/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 3 de febrero de 2026 a las 06:06:49 p. m.

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

30037788

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 145858

FECHA DE RADICACIÓN: 04 02 2026

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: N0838

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: NATI | SEGUNDO APELLIDO: PASTAS | PRIMER NOMBRE: MARIO | SEGUNDO NOMBRE: ANDRES

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1122782544
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | MUNICIPIO: SIBUNDOY
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 20 MES 04 AÑO 1987

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: CALLE 8 10 22
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3205639542
CORREO ELECTRÓNICO: nati73912@gmail.com
DEPARTAMENTO: PUTUMAYO
MUNICIPIO/ DISTRITO: SIBUNDOY
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 2055

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	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	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
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	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)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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: TEMPORALES INTEGRALES S A S
56. Tipo documento de Identificación: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ] X
57. Número del documento de Identificación: 900375602
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
59. Ubicación: CRA 7 NO 156 78 T 2 OFICINA 504 NORTH POINT | TELÉFONO FIJO O CELULAR: 8050322 | CORREO ELECTRÓNICO: afiliaciones@temporalesintegrales.com | DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL | MUNICIPIO/DISTRITO: BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. 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: 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: DÍA 04 MES 02 AÑO 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 mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explicito 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. [X]
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). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [X]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [X]

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

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

TEMPORALES INTEGRALES S.A.S. NIT 900.375.602-5
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:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, MARIO ANDRES NATI PASTAS identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. [X] | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1122782544 de SIBUNDOY, 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. 3205639542

y/o correo electrónico: nati73912@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 SI ☐ NO ☐

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

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente Mario Nati

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1122782544

Fecha de Solicitud: 04/02/2026

Dirección: CALLE 8 10 22

Tel: 3205639542 Municipio: SIBUNDOY

Departamento: PUTUMAYO

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 ☐			
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado			
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____			

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

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 ☐	C.C. ☐	C.E. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A. ☐	T.I. ☐	C.D. ☐		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Gilberto Montoya Arenas	N0838		CIUDAD Y FECHA

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:

MARIO ANDRES NATI PASTAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.782.544**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 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.

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)

Dependiente [X] | Madre Comunitaria [ ] | Facultativo [ ]
Servicio Domestico [ ] | Pensionado [ ] | Independiente [ ]

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
TEMPORALES INTEGRALES SAS	CL 114 A 47 A 69	900375602	240	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
NATI	PASTAS	MARIO ANDRES	MASCULINO [X]	HETEROSEXUAL [X]
			FEMENINO [ ]	HOMOSEXUAL [ ]
				BISEXUAL [ ]
			INDETERMINADO [ ]	INFORMACION NO DISPONIBLE [ ]

Tipo de Identificación:	Numero de Identificación:	Fecha de Nacimiento: Día	Mes	Año	Municipio donde Labora:
TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No. 1122782544	20	04	1987	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:											
CAR 4 18 25	3205639542	Primaria		Secundaria		Técnico		Tecnologico		Universitario	X	PostGrado		Ninguno	

Correo eletronico:	Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	1	2	3	4	5	6	7	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nati3912@gmail.com	INSPECTORES DE								X											

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) [X] Viudo (a) [ ] Separado (a) [ ]	Familiar [ ] Propia [ ]	SI [ ]	Normal [X]	Día 04 Mes 02 Año 2026
Casado (a) [ ] Divorciado (a) [ ] Union Libre [ ]	Arriendo [ ] X Hipoteca [ ]	NO [X]	Discapacidad [ ] ¿Cual? _	

Pertenece a algún Resguardo: SI __ NO X ¿Cuál? | Pertenece a algún pueblo indígena : SI __ NO X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Sexo M / F

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si [ ] No [ ]	Casado(a) [ ] Unión Libre [ ]		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo M / F

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No.				

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia.) 1er. Apellido 2do. Apellido Nombres	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	SEXO INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadanía o Extranjería, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia) RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Respaldo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI [ ] NO [ ]

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, artículo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI [ ] NO [ ]

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com . Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran: Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promociona la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.

Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico, habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales? SI [X] NO [ ]

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad de juramento declaro que Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas, en tal respecto NO son declarantes de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja. *(Aplica únicamente para afiliación de padres)

TEMPORALES INTEGRALES SAS Su Afiliado en Persona NIT 900.375.602-8

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR
	Mario Nati	

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.253

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	01 MES	2026 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

TEMPORALES INTEGRALES S A S

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	
NATI PASTAS MARIO ANDRES	MASCULINO	38 AÑOS 9 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	1122782544 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
20/04/1987	3205639542	TÉCNICO	O +	SOLTERO(A)	91.40	172.00	30.90 - OBESIDAD GRADO

Cargo
INSPECTOR DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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	✓	CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

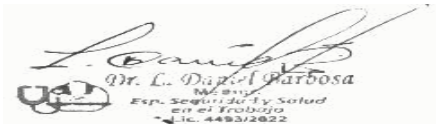
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MÉDICO PERTINENTE : MONITOREO DE LA PRESION ARTERIAL EN SU EPS	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN	CONTROL DE PESO
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	USO DE EPP	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN	

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

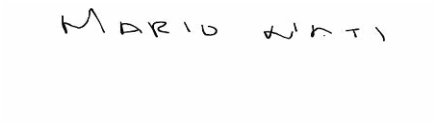
Firma: 

Nombre: CC: 1082839318 - LUIS DANIEL BARBOSA

R. M.: 471758/2013 **L.S.O.:** 4493/2022

Código de Seguridad
J789P1V53253

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: NATI PASTAS MARIO ANDRES

CC: 1122782544

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 242967 correspondiente a la empresa Temporales Integrales Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
HERNAN HUMBERTO CHINGAL JACANAMEJOY	C.C.	18,195,444	04/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 3 de febrero de 2026 a las 06:05:06 p. m.

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

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:

HERNAN HUMBERTO CHINGAL JACANAMEJOY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **18.195.444**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 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.

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo Nit. 891.280.117-8	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)

Dependiente [X] | Madre Comunitaria [ ] | Facultativo [ ]
Servicio Domestico [ ] | Pensionado [ ] | Independiente [ ]

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
TEMPORALES INTEGRALES SAS	CL 114 A 47 A 69	900375602	240	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
CHINGAL	JACANAMEJOY	HERNAN HUMBERTO	MASCULINO [X]	HETEROSEXUAL [X]
			FEMENINO [ ]	HOMOSEXUAL [ ]
				BISEXUAL [ ]
			INDETERMINADO [ ]	INFORMACION NO DISPONIBLE [ ]

Tipo de Identificación:	Numero de Identificación:	Fecha de Nacimiento: Día	Mes	Año	Municipio donde Labora:
TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No. 18195444	17	05	1984	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 7 12 23	3104523013	Primaria [ ] Secundaria [X] Técnico [ ] Tecnologico [ ] Universitario [ ] PostGrado [ ] Ninguno [ ]
Correo eletronico: crisdj20@hotmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	1	2	3	4	5	6	7	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PERFORADORES Y								X											

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) [X] Viudo (a) [ ] Separado (a) [ ]	Familiar [ ] Propia [ ]	SI [ ]	Normal [X]	Día 04 Mes 02 Año 2026
Casado (a) [ ] Divorciado (a) [ ] Union Libre [ ]	Arriendo [ ] X Hipoteca [ ]	NO [X]	Discapacidad [ ] ¿Cual?	

Pertenece a algún Resguardo: SI __ NO X ¿Cuál?
Pertenece a algún pueblo indígena : SI __ NO X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Sexo M / F

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si [ ] No [ ]	Casado(a) [ ] Unión Libre [ ]		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo M / F

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No.				

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia.	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	SEXO INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadanía o Extranjería, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia) RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Respaldo)	CERTIFICADO
1er. Apellido 2do. Apellido Nombres																		

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI [ ] NO [ ]

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, artículo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI [ ] NO [ ]

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com . Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran; Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promocione la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.

Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico, habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: SI [X] NO [ ]

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad de juramento declaro que. Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas, a tal efecto NO estoy declarante de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja. *Aplica únicamente para afiliación de padres) *.

TEMPORALES INTEGRALES SAS
Su Aliado en Personal
NIT 900.375.602-8

FIRMA Y SELLO EMPLEADOR | Hernan Chingal FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

30037753

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 145816

FECHA DE RADICACIÓN: 04 02 2026

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: N0838

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: CHINGAL | SEGUNDO APELLIDO: JACANAMEJOY | PRIMER NOMBRE: HERNAN | SEGUNDO NOMBRE: HUMBERTO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 18195444
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | MUNICIPIO: COLON
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 17 | MES 05 | AÑO 1984

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: CARRERA 8 22 16
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3104523013
CORREO ELECTRÓNICO: crisjd20@hotmail.com
DEPARTAMENTO: PUTUMAYO
MUNICIPIO/ DISTRITO: SAN FRANCISCO
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 2049

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	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	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
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	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)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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: TEMPORALES INTEGRALES S A S
56. Tipo documento de Identificación: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [X]
57. Número del documento de Identificación: 900375602
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: CRA 7 NO 156 78 T 2 OFICINA 504 NORTH POINT
TELÉFONO FIJO O CELULAR: 8050322
CORREO ELECTRÓNICO: afiliaciones@temporalesintegrales.com
DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL
MUNICIPIO/DISTRITO: BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. 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: 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: DÍA 04 | MES 02 | AÑO 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 mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explicito 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. [X]
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). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [X]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [X]

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

Hernan Chingal

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

ANGIE MILENA MORALES ORO
TEMPORALES INTEGRALES
NIT 900.375.602-5

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:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, HERNAN HUMBERTO CHINGAL JACANAMEJOY identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | **CC** | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 18195444 de COLON, 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. 3104523013

y/o correo electrónico: crisjd20@hotmail.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 SI ☐ NO ☐

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

Cordialmente Hernan Chingal

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 18195444

Fecha de Solicitud: 04/02/2026

Dirección: CARRERA 8 22 16

Tel: 3104523013 Municipio: SAN FRANCISCO

Departamento: PUTUMAYO

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 ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐

Inicio Contrato | Fin Contrato

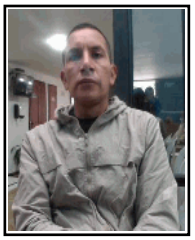
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. 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 ☐	C.C. ☐	C.E. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A. ☐	T.I. ☐	C.D. ☐		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Gilberto Montoya Arenas	N0838		CIUDAD Y FECHA

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.296

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	02 MES	2026 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

TEMPORALES INTEGRALES S A S

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	
CHINGAL JACANAMEJOY HERNAN HUMBERTO	MASCULINO	41 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	18195444 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
17/05/1984	3104523013	SECUNDARIA	O +	UNIÓN LIBRE	72.70	169.00	25.45 - SOBREPESO

Cargo
AXILIARES DE PERFORACION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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	✓	CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

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
	CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	DIETA BALANCEADA
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

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

O789U1A53296

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CHINGAL JACANAMEJOY HERNAN HUMBERTO

CC: 18195444

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 242967 correspondiente a la empresa Temporales Integrales Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
DARIO OSCAR CAICEDO CAICEDO	C.C.	1,086,695,676	04/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 3 de febrero de 2026 a las 06:06:32 p. m.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3557345355418
Fecha de radicación 04/02/2026

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CAICEDO	CAICEDO	DARIO	OSCAR

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	1086695676	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	NARIÑO	EL ROSARIO	07/07/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [ ] NO [X]	No aplica		09 - Víctimas del conflicto armado.

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-28: ARL Sura	0000: Sin AFP	$ 1.750.905	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
EL ROSARIO NARIÑO		3229409608	noreportacorreoelectronico1@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
NARIÑO	EL ROSARIO		Cab Municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [X] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	ESE DE PRIMER NIVEL DE EL MUNICIPIO DE EL ROSARIO - BARRIO LA CRUZ	173 Sede: 01

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
TEMPORALES INTEGRALES SAS	NI900375602	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 114 A 47 A 69	6015251074	afiliaciones@temporalesintegrales.com	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

VIGILADO Supersalud
...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3557345355418

Fecha de radicación 04/02/2026

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 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
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 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.
- [X] 14. Movilidad:
  - [X] 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 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 PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	04/02/2026			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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		Numero de documento de identidad	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

VIGILADO Supersalud
SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3557345355418

Fecha de radicación 04/02/2026

X. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC		
X	56. Anexo copia de documento de identidad										
	Cantidad:				1					Total	1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:, Asesor:astridvalencia.aci, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:astrid.valencia@asmetsalud.org.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código: D6948B85-1D07-4A6E-B
Url: https://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

VIGILADO Supersalud

...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

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:

DARIO OSCAR CAICEDO CAICEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.086.695.676**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 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.

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo Nit. 891.200.117-8	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo): Dependiente [X] · Servicio Domestico [ ] · Madre Comunitaria [ ] · Pensionado [ ] · Facultativo [ ] · Independiente [ ]

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
TEMPORALES INTEGRALES SAS	CL 114 A 47 A 69	900375602	240	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
CAICEDO	CAICEDO	DARIO OSCAR	MASCULINO [X] · FEMENINO [ ] · INDETERMINADO [ ]	HETEROSEXUAL [X] · HOMOSEXUAL [ ] · BISEXUAL [ ] · INFORMACION NO DISPONIBLE [ ]

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)	Municipio donde Labora:
TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No. 1086695676	07 / 07 / 1995	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 10 22 16	3223843365	Primaria [ ] · Secundaria [X] · Técnico [ ] · Tecnologico [ ] · Universitario [ ] · PostGrado [ ] · Ninguno [ ]

Correo eletronico:	Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
dariocaicedo1995@hotmail.com	PERFORADORES Y	1 2 3 4 5 6 [X]	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) [X] · Viudo (a) [ ] · Separado (a) [ ] Casado (a) [ ] · Divorciado (a) [ ] · Union Libre [ ]	Familiar [ ] · Propia [ ] Arriendo [ ] X · Hipoteca [ ]	SI [ ] NO [X]	Normal [X] Discapacidad [ ] ¿Cual? _	Día 04 · Mes 02 · Año 2026

Pertenece a algún Resguardo: SI __ NO X ¿Cuál? _____ Pertenece a algún pueblo indígena : SI __ NO X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)	Sexo (M / F)

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si [ ] No [ ]	Casado(a) [ ] Unión Libre [ ]		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo (M / F)

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No.		

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia. 1er. Apellido · 2do. Apellido · Nombres	SEXO: MASCULINO	FEMENINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadania o Extranjeria, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia): RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO: HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Respaldo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI [ ] NO [ ]

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, artículo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI [ ] NO [ ]

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o el pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informada que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com . Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran: Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promociona la Caja. El tratamiento consistirá en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.

Acepto que me es informada que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico, habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: SI [X] NO [ ]

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad de juramento declaro que, Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas, a tal efecto NO son declarantes de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja. *(Aplica únicamente en la afiliación de padres)

TEMPORALES INTEGRALES SAS NIT 900.375.602-8 — FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Darío Caicedo — FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.295

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	02 MES	2026 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

TEMPORALES INTEGRALES S A S

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	
CAICEDO CAICEDO DARIO OSCAR	MASCULINO	30 AÑOS 6 MESES 27 DÍAS	CC (Tipo)	1086695676 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
07/07/1995	3223843365	SECUNDARIA	A +	SOLTERO(A)	58.70	167.00	21.05 - PESO NORMAL

Cargo
AXILIARES DE PERFORACION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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	✓	CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO

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

Ingrid Isabel Tellez Moru
Médico Mg. Salud Ocupacional
Lic. 0961-15 U. Libre

Firma:

Nombre: CC: 36751153 - INGRID ISABEL TELLEZ

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CAICEDO CAICEDO DARIO OSCAR

R. M.:	522711	L.S.O.:	0961	Código de Seguridad	CC:	1086695676
				F789L1R53295		

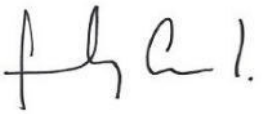
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 242967 correspondiente a la empresa Temporales Integrales Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
HANNER STIVER SANDOVAL ANGARITA	C.C.	1,098,724,547	10/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,



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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 9 de febrero de 2026 a las 04:57:33 p. m.

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

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:

HANNER STIVER SANDOVAL ANGARITA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.724.547**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 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.

Bogotá, 10 de Febrero de 2026

Señor(a):

TEMPORALES INTEGRALES S A S

900375602

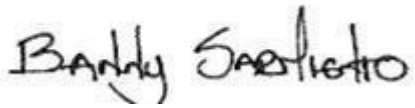
Asunto: *Solicitud Novedad Relación Laboral ID* ***6281780***

Cordial saludo

Nos permitimos informarle el resultado de la novedad de inicio de la relación laboral para el afiliado(a) **HANNER STIVER SANDOVAL ANGARITA** identificado(a) con número de identificación **CC 1098724547:**

Fecha de radicación	**10/02/2026**
Nro. solicitud	**502522730**
Salario (IBC)	**$ 1,750,905**
Fecha de ingreso a laborar	**10/02/2026**
Estado Cargue Novedad	**Novedad cargada con éxito**

Cordialmente,



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas

Coordinador Gestión de la Afiliación al SGSSS

EPS Sanitas

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo Nit. 891.200.437-8	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)

Dependiente [X] | Madre Comunitaria [ ] | Facultativo [ ]
Servicio Domestico [ ] | Pensionado [ ] | Independiente [ ]

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
TEMPORALES INTEGRALES SAS	CL 114 A 47 A 69	900375602	240	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
SANDOVAL	ANGARITA	HANNER STIVER	MASCULINO [X]	HETEROSEXUAL [X]
			FEMENINO [ ]	HOMOSEXUAL [ ]
				BISEXUAL [ ]
			INDETERMINADO [ ]	INFORMACION NO DISPONIBLE [ ]

Tipo de Identificación:	Numero de Identificación:	Fecha de Nacimiento: Día	Mes	Año	Municipio donde Labora:
TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No. 1098724547	25	10	1991	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 10 15 22	3155107510	Primaria [ ] Secundaria [X] Técnico [ ] Tecnologico [ ] Universitario [ ] PostGrado [ ] Ninguno [ ]
Correo eletronico: hanner1991@hotmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
PERFORADORES Y	1 2 3 4 5 6 [X]	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) [X] Viudo (a) [ ] Separado (a) [ ]	Familiar [ ] Propia [ ]	SI [ ]	Normal [X]	Día 10 Mes 02 Año 2026
Casado (a) [ ] Divorciado (a) [ ] Union Libre [ ]	Arriendo [ ] X Hipoteca [ ]	NO [X]	Discapacidad [ ] ¿Cual?	

Pertenece a algún Resguardo: SI __ NO X ¿Cuál?
Pertenece a algún pueblo indígena : SI __ NO X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Sexo	M / F / INDETERMINADO

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No.			

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si [ ] No [ ]	Casado(a) [ ] Unión Libre [ ]		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo	M / F / INDETERMINADO

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No.				

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia. 1er. Apellido 2do. Apellido Nombres	SEXO: MASCULINO	FEMENINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadanía o Extranjería, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia): RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO: HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Respaldo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI [ ] NO [ ]

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, articulo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI [ ] NO [ ]

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com . Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran: Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promocione la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.
Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico, habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: SI [X] NO [ ]

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad de juramento declaro que. Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas, a tal efecto NO son declarantes de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja. *(Aplica únicamente para afiliación de padres).*

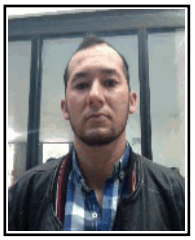
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR
Angie Toro	Hanner Sandoval	

TEMPORALES INTEGRALES AMERICAN

OBSERVACIONES: NIT 900.375.602-8

Vigilado Supersubsidio

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.502

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2026 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

TEMPORALES INTEGRALES S A S

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	
SANDOVAL ANGARITA HANNER STIVER	MASCULINO	34 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1098724547 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
25/10/1991	3155107510	SECUNDARIA	A +	UNIÓN LIBRE	65.00	164.00	24.17 - PESO NORMAL

Cargo
AUXILIAR DE PERFORACION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

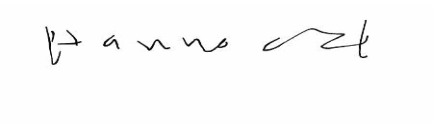
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

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

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			Aspirante o Trabajador
Firma:			**Firma:** 
Nombre:	CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA		**Nombre:** SANDOVAL ANGARITA HANNER STIVER
R. M.:	2443 **L.S.O.:** 2382	**Código de Seguridad** U789A1G53502	**CC:** 1098724547

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS ALBERTO CAPACHO CASTILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91347933,** se encuentra afiliado/a desde **04/02/1997** 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 14 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

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 242967 correspondiente a la empresa Temporales Integrales Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
LUIS ALBERTO CAPACHO CASTILLO	C.C.	91,347,933	12/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 11 de febrero de 2026 a las 02:50:45 p. m.

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

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo Nit. 891.200.337-8	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)

Dependiente	X	Madre Comunitaria		Facultativo	
Servicio Domestico		Pensionado		Independiente	

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
TEMPORALES INTEGRALES SAS	CL 114 A 47 A 69	900375602	240	2143260

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
CAPACHO	CASTILLO	LUIS ALBERTO	MASCULINO X	HETEROSEXUAL X
			FEMENINO	HOMOSEXUAL
			INDETERMINADO	BISEXUAL
				INFORMACION NO DISPONIBLE

Tipo de Identificación:	Numero de Identificación:	Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año	Municipio donde Labora:
TI ☐ CC X CE ☐ PA ☐ PEP ☐	No. 91347933	24 / 11 / 1974	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 9 39 41	3223309014	Primaria X · Secundaria · Técnico · Tecnologico · Universitario · PostGrado · Ninguno
Correo eletronico: luis11capacho24@gmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
OPERADORES DE M	1 2 3 4 5 6 X	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 X

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) ☐ Viudo (a) ☐ Separado (a) ☐	Familiar ☐ Propia ☐	SI ☐	Normal X	Día 12 Mes 02 Año 2026
Casado (a) X Divorciado (a) ☐ Union Libre ☐	Arriendo ☐ X Hipoteca ☐	NO X	Discapacidad ☐ ¿Cual? _	

Pertenece a algún Resguardo: **SI** __ **NO** X ¿Cuál?

Pertenece a algún pueblo indígena : **SI** __ **NO** X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Sexo M / F (INDETER MINADO)

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PEP ☐				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si ☐ No ☐	Casado(a) ☐ Unión Libre ☐		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo M / F (INDETER -MINADO)

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Correo Electrónico
TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PEP ☐	No.		

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia. 1er. Apellido / 2do. Apellido / Nombres	SEXO: MASCULINO	FEMENINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadanía o Extranjería, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia): RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO: HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Respaldo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI ☐ NO ☐

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, articulo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI ☐ NO ☐

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com . Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran; Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promocione la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.
Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico, habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: SI X NO ☐

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad de juramento declaro que. Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas, a tal efecto NO son declarantes de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja. *(Aplica únicamente para afiliación de padres) *.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formulario en su totalidad sin tachones ni enmendaduras
2. Adjuntar todos los documentos requeridos para poder tener derecho a cuota monetaria y los servicios que presta la Caja de Compensación
3. Es obligatoria la firma y sello de la empresa.
4. Las fotocopias de los documentos de identidad y soportes que acrediten derechos deben ser perfectamente legibles.
5. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

1. Si falta algún documento, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda la información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.
4. Presentar documentos sin las firmas correspondientes o que estén alterados por alguna circunstancia.

DEPENDIENTE

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Copia del documento de identidad del trabajador o el documento válido de identificación para extranjeros
- Cuando el trabajador es menor de edad, anexar permiso para trabajar expedido por el Ministerio de Trabajo
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública", anexar certificación de acreditación como veterano expedido por el Ministerio de Defensa.

CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente o documento válido de identificación para extranjeros.
- Registro civil de matrimonio o Formato de Declaración Juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, para el(a) compañero(a) permanente
- En caso de que el cónyuge o compañero(a) permanente labore, anexar certificado laboral con salario devengado.
- En caso de que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Para el cónyuge o compañero(a) permanente del mismo sexo se deben presentar los mismos documentos

Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

HIJOS

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro civil de nacimiento
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal-NUIP es alfanumérico
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

HIJASTROS

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro Civil
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad.
- Certificado de la Entidad Promotora de Salud -EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia este en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
- Declaración en el que conste que el padre o madre biológico (a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.
- En caso que el padre biológico haya fallecido anexar registro civil de defunción.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

HERMANOS(AS) HUÉRFANOS DE PADRES

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro Civil de nacimiento del afiliado y del hermano(a)
- Registro de Civil defunción del padre y madre
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

PADRES

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del padre y/o madre o el documento válido de identificación para extranjeros
- Registro Civil de Nacimiento del trabajador.
- Formato de Declaración Juramentada del Ministerio del Trabajo donde se evidencie la dependencia económica y se declare que el padre y/o madre no recibe pensión, salario, ni renta
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador
- Para los padres menores de 60 años, se debe presentar los mismos documentos. (Cuando hay discapacidad)

DISCAPACIDAD

- El trabajador acreditara la discapacidad del beneficiario con certificado legible expedido por la EPS o entidad competente que indique la Discapacidad.

FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR O BENEFICIARIO

- Copia del Registro Civil de Defunción

INDEPENDIENTE O PENSIONADO

- Formulario de Afiliación completamente diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad

Vigilado Supersubsidio

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente,tener contrato a término fijo o indefinido.

2.Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente,no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

3.Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.

4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportarla novedad correspondiente por PILA.

5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido,se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.

6.Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.

7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de febrero de cada año.

8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada,formato suministrado por Comfaputumayo.

SEÑOR TRABAJADOR TENGA PRESENTE

El subsidio familiar es una prestación social pagadera en dinero, especie y servicios a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, y su objetivo fundamental consiste en el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia, como núcleo básico de la sociedad. *Ley 21 de 1982. Art.1*

El subsidio familiar no es salario, ni se computará como factor del mismo en ningún caso. *Ley 21 de 1982. Art.2*

Durante los períodos de incapacidad por motivo de enfermedad no profesional, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional, el trabajador beneficiario tendrá derecho a recibir el subsidio familiar. Dicho trabajador deberá acreditar su incapacidad con certificación expedida por el Instituto de Seguros Sociales en el caso de los trabajadores del sector privado, o por el organismo de previsión social correspondiente en el caso de trabajadores del sector público. Subsidiariamente, donde no exista Seguro Social obligatorio u organismos de previsión social, se acreditará la incapacidad mediante prueba idónea del servicio médico del empleador. Ley 21 de 1982. Art.25

El subsidio familiar por los hijos a cargo se pagará desde el mes de su nacimiento hasta el de su defunción, o cumplimiento de la edad de diez y ocho (18) años. *Ley 21 de 1982. Art. 29.*

Los hermanos huérfanos de padre y los hijos que sean inválidos o de capacidad física disminuida, y que hayan perdido más del sesenta por ciento (60%) de su capacidad normal de trabajo, causarán derecho al subsidio familiar sin ninguna limitación en razón de su edad y percibirán doble cuota de subsidio si reciben educación o formación profesional especializada en establecimiento idóneo. *Ley 21 de 1982. Art 30*

En caso de muerte de una persona a cargo, por la cual el trabajador estuviere recibiendo subsidio familiar, se pagará un subsidio extraordinario por el mes en que ésta ocurra, equivalente a doce (12) mensualidades del subsidio en dinero que viniere recibiendo por el fallecido. Ley 21 de 1982, Art. 34

Todo trabajador beneficiario tendra obligación de avisar a la respectiva Caja directamente o por conducto del empleador, los nacimientos o muertes de personas a cargo, el término de la convivencia, y cualquier otro hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio, dentro del mes en que cualquiera de dichos eventos ocurra.*Ley 21 de 1982, Art. 37*

FACTOR DE VULNERABILIDAD	1.	Desplazado
	2.	Victima del conflicto armado (no desplazado)
	3.	Desmovilizado o reinsertado
	4.	Damnificado desastre natural
	5.	Cabeza de familia
	6.	En condición de discapacidad
	7.	Población migrante
	8.	Población zonas frontera
	9.	Ejercicio del trabajo sexual
	10.	No aplica

PERTENENCIA ÉTNICA	1.	Afrocolombiano
	2.	Comunidad negra
	3.	Indígena
	4.	Palanquero
	5.	Raizal del archipiélago se San Andrés, Providencia y Santa Catalina
	6.	Room/Gitano
	7.	No se auto reconoce en ninguno de los anteriores

TIPO DE DISCAPACIDAD RESOLUCIÓN (1239 de 2022)	1.	Discapacidad Física
	2.	Discapacidad Auditiva
	3.	Discapacidad Visual
	4.	Sordo ceguera
	5.	Discapacidad Intelectual
	6.	Discapacidad Psicosocial
	7.	Discapacidad Múltiple

NOTA: DILIGENCIAR EL NUMERO DEL TIPO DE DISCAPACITADAD EN EL CAMPO DE DATOS DEL TRABAJADOR Y EN PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR.

Vigilado Supersubsidio

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A COMFAMILIAR PUTUMAYO

DERECHOS

1. Recibir un trato digno, amable y respetuoso sin discriminación o distinción, por razones sociales, raciales, ideológicas o económicas. Preservando la honra, reputación, vida privada y familiar.

2. Recibir una atención prioritaria cuando esté en grupos de desprotección o discapacidad con una infraestructura que responda a las necesidades.

3. Acceder a las diferentes opciones de afiliación a la Caja, de acuerdo con la calidad y cumplimiento de los requisitos de Ley establecidos.

4. Recibir oportunamente el pago del subsidio familiar, por los medios de entrega definidos y según el valor establecido en la vigencia.

5. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo o del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar.

6. Disfrutar de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo con la tarifa más baja, por haber estado vinculado durante 25 años o más al sistema del subsidio familiar.

7. Postularse al subsidio de desempleo obteniendo una respuesta dentro de los términos de ley y ser beneficiario al cumplimiento de requisitos establecidos.

8. Conocer la oferta de servicios y tarifas según la categoría aplicable, a través de los medios de difusión establecidos.

9. Obtener un servicio con seguridad y calidad, en los términos y condiciones ofertadas, con una logística e infraestructura adecuada.

10. Recibir una respuesta clara, veraz y con conocimiento respecto a las consultas por los servicios o beneficios ofertados o prestados.

11.Presentar derecho de petición sin necesidad de apoderado, y cuando requiera el reconocimiento de un derecho fundamental que sea tratado prioritariamente.

12. Recibir una respuesta oportuna y de fondo al derecho de petición dentro de los términos de Ley establecidos y por los canales dispuestos.

13.Requerir el cumplimiento de las responsabilidades a los funcionarios de acuerdo a las solicitudes e intereses.

14. Conocer, actualizar, rectificar o suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada.

15. Salvo reserva legal, obtener información de interés público por los canales establecidos y de acuerdo a los términos estipulados en Ley.

16. Solicitar el resarcimiento cuando el servicio no estuvo conforme a las condiciones ofertadas o se genera una experiencia negativa ocasionada por la Caja de compensación.

17. Ejercer cualquier otro derecho que le reconozca la Constitución y Leyes.

DEBERES

1. Acatar la Constitución y las Leyes.

2. Obrar conforme al principio de buena fe, evitando hacer afirmaciones temerarias y utilizar documento o declaración falsa para certificar derechos o acceder a servicios.

3. Tratar con respeto a los funcionarios y colaboradores, empleando un lenguaje ético.

4. Entregar completa y oportunamente la documentación requerida para el trámite, solicitud o necesidad.

5. Actualizar la información de manera oportuna, precisa y veraz, para la acreditación de derechos y confiabilidad de la información

6. Utilizar apropiadamente la infraestructura y bienes dispuestos para la prestación del servicio.

7. Pagar oportunamente el aporte y los servicios segun la categoria aplicable.

8. Ejercer con responsabilidad los derechos y abstenerse de reiterar solicitudes evidentemente improcedentes que afecten los tiempos de los trámites y la agilidad de respuesta.

9. Solicitar de forma oportuna y respetuosa asesoría, información, documentos o servicios.

10.Cumplir con los procedimientos establecidos para los trámites y servicios que presta la Caja.

Vigilado Supersubsidio

Señor Afiliado, a través de la página web www.comfaputumayo.com, podrá consultar o descargar la Carta de derechos y Deberes o la Política de Datos personales de la Caja De Compensación Familiar Del Putumayo . También podrá encontrar información de interés y publicidad de nuestros servicios.

"TU BIENESTAR ES NUESTRA PRIORIDAD"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016338618	1|4|0|2|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
CAPACHO Primer apellido	CASTILLO Segundo apellido	LUIS Primer nombre	ALBERTO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	91347933	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA		2|4|1|1|1|9|7|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 9 39 41	6563567		ALBERTOCAPACHO34@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
SANTANDER	BUCARAMANGA		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				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			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS ANTIGUO CAMPESTRE - CLINICA SAN JOSE SAS	VSANTIGUO - BARRANJOSE
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)
TEMPORALES INTEGRALES SAS	NIT	900375602	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 114A 47 A 69	5251074	AFILIACIONES@TEMPORALESINTEGRALES.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016338618

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	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

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

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 Contributvo,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 envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **77.** ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- **78.** ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

Luis Capacho	
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

X.ANEXOS

- ☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la 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

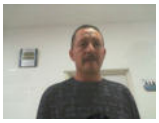
Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 680010427801
NIT: 830029102
Dirección: CALLE 54 N 31-29
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL



Ubicación:	Bucaramanga, SANTANDER	**Sede:**	Bucaramanga
Fecha y hora de ingreso:	2026-feb.-10 06:41 a. m.	**Fecha y hora de salida:**	2026-feb.-10 08:23 a. m.
No. Ingreso:	681419	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Nombre:	LUIS ALBERTO CAPACHO CASTILLO	**Identificación:**	CC 91347933
Cargo:	OPERARIO DE MAQUINA	**Ocupación:**	No Aplica
Fecha de Nacimiento:	24 nov. 1974	**Edad:**	51 Años
Sexo:	Hombre	**Etnia:**	Ninguna de las anteriores
Grupo Poblacional:	Trabajador Urbano		

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Empresa Temporal:	TEMPORALES INTEGRALES SAS	**NIT:**	900375602	**Actividad Económica:**	Actividades de agencias de empleo temporal
Empresa Usuaria:	TEMPORALES INTEGRALES SAS	**NIT:**	900375602	**Actividad Económica:**	Actividades de agencias de empleo temporal

INFORMACIÓN AFILIACIÓN

EPS:	SALUD TOTAL
ARL:	N/A
Fondo pensiones:	COLPENSIONES

El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**	**Estado**
Consulta De Primera Vez Por Optometría	Anormal	Realizado
Espirometría	Anormal	Realizado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Anormal	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Anormal	Realizado
PRUEBAS VESTIBULARES Y/O EQUILIBRIO	Normal	Realizado
Laboratorios	**Resultado**	**Estado**
Hemograma Iii (Hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Índices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Índices Plaquetarios Y Morfología Electrónica) Automatizado	Normal	Realizado
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Normal	Realizado
Perfil Lipidico	Anormal	Realizado

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Sin restricciones para el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

OSTEOMUSCULAR Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Alturas: Cumple para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
examen realizado

RESTRICCIONES LABORALES

- Ninguna

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- Respiratorio - uso de los elementos de protección respiratoria según los lineamientos emitidos por MinSalud de acuerdo al riesgo de exposición
- Auditiva - protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral
- Alturas - capacitación y certificación en alturas

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso
- Uso de EPP según exposición a factores de riesgo específicos

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO CON RIESGOS DEL CARGO

- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención de la HNIR (ruido)
- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo biomecánico

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Uso de corrección óptica permanente.
Control anual con optometría.
Uso de medidas preventivas antivarices.

Bucaramanga
Dirección: CALLE 54 N 31-29 Telefono: 4320260

Salud Ocupacional Los Andes

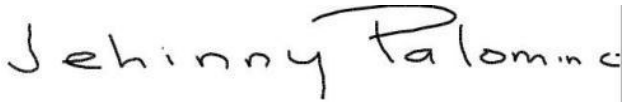
Certificado Médico Ocupacional

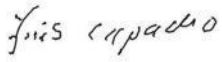
Código Prestador: 680010427801
NIT: 830029102
Dirección: CALLE 54 N 31-29
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO





Profesional:	JEHINNY XIMENA PALOMINO CABALLERO
Identificación:	CC 37558212
Reg. Médico:	R.M. 03194-7
Licencia Ocupacional:	Lic. S.O. 10709-2018

Paciente:	LUIS ALBERTO CAPACHO CASTILLO
CC:	91347933

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 242967 correspondiente a la empresa Temporales Integrales Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
ROQUE CASTRO VASQUEZ	C.C.	1,102,350,989	12/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 11 de febrero de 2026 a las 02:51:11 p. m.

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

30065805

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 175039

FECHA DE RADICACIÓN: 12 02 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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: N0838

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: CASTRO | SEGUNDO APELLIDO: VASQUEZ | PRIMER NOMBRE: ROQUE | SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [CC] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1102350989
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | MUNICIPIO: HATO
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA: 28 | MES: 10 | AÑO: 1986

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: CARRERA 9 10 31
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3123727525
CORREO ELECTRÓNICO: geliberpulidonavas1993@gmail.com
DEPARTAMENTO: PUTUMAYO
MUNICIPIO/ DISTRITO: SIBUNDOY
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 2055

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 DE 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 (CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT)	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
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	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	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)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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: TEMPORALES INTEGRALES S A S
56. Tipo documento de Identificación: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [X]
57. Número del documento de Identificación: 900375602
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
59. Ubicación: CRA 7 NO 156 78 T 2 OFICINA 504 NORTH POINT | TELÉFONO FIJO O CELULAR: 8050322 | CORREO ELECTRÓNICO: afiliaciones@temporalesintegrales.com | DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL | MUNICIPIO/DISTRITO: BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. 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: 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: DÍA 12 | MES 02 | AÑO 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 mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
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). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [X]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [X]

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, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — Roque Castro

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio — TEMPORALES INTEGRALES S.A.S. NIT 900.375.602-5

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:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, ROQUE CASTRO VASQUEZ identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | CC | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1102350989 de HATO, 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. 3123727525

y/o correo electrónico: geliberpulidonavas1993@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 SI ☐ NO ☐

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

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente

Firma: Roque Castro

Tipo ID: CC No. ID: 1102350989

Fecha de Solicitud: 14/02/2026

Dirección: CARRERA 9 10 31

Tel: 3123727525 Municipio: SIBUNDOY

Departamento: PUTUMAYO

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		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	COLPATRIA	PORVENIR	$1750905	SÍ		SÍ	
				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						Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
		NIT	C.C.	C.E.	P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Gilberto Montoya Arenas	N0838		CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.102.350.989

NUMERO

CASTRO VASQUEZ

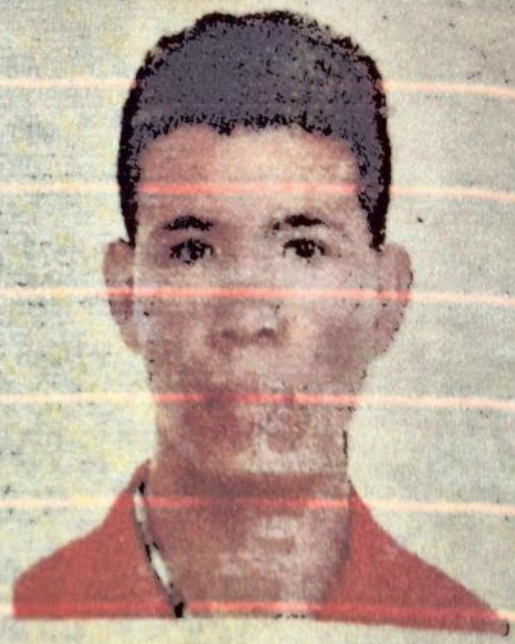
APELLIDOS

ROQUE

NOMBRES

ROQUE CASTRO VASQUEZ

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-1986

HATO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

05-NOV-2004 PIEDECUESTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR

P 3710000 59135793 M 1102350989 20050705 06125

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ROQUE CASTRO VASQUEZ identificado(a) con C.C No. 1.102.350.989, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de febrero del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo Nit. 891.200.337-8	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)

Dependiente	X	Madre Comunitaria		Facultativo	
Servicio Domestico		Pensionado		Independiente	

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
TEMPORALES INTEGRALES SAS	CL 114 A 47 A 69	900375602	240	2381400

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
CASTRO	VASQUEZ	ROQUE	MASCULINO X	HETEROSEXUAL X
			FEMENINO	HOMOSEXUAL
			INDETERMINADO	BISEXUAL
				INFORMACION NO DISPONIBLE

Tipo de Identificación:	Numero de Identificación:	Fecha de Nacimiento: Día	Mes	Año	Municipio donde Labora:
TI CC X CE PA PEP	No. 1102350989	28	10	1986	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CAR 9 10 31	3123727525	Primaria Secundaria X Técnico Tecnologico Universitario PostGrado Ninguno
Correo eletronico: geliberpulidonavas1993@gmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	1	2	3	4	5	6	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
OPERADORES DE M							X											X

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) Viudo (a) Separado (a)	Familiar Propia	SI	Normal X	Día 12 Mes 02 Año 2026
Casado (a) Divorciado (a) Union Libre X	Arriendo X Hipoteca	NO X	Discapacidad ¿Cual?	

Pertenece a algún Resguardo: SI __ NO X ¿Cuál?

Pertenece a algún pueblo indígena : SI __ NO X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Sexo	M / F / INDETER MINADO

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI CC CE PA PEP				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si No	Casado(a) Unión Libre		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo	M / F / INDETER -MINADO

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Correo Electrónico
TI CC CE PA PEP	No.				

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia.) 1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	SEXO MASCULINO	FEMENINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadanía o Extranjería, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia) RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Respaldo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI ☐ NO ☐

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, articulo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI ☐ NO ☐

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

X

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com . Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran; Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promocione la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.
Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico, habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: SI X NO ☐

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad de juramento declaro que. Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas, a tal efecto NO son declarantes de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja. *(Aplica únicamente para afiliación de padres) *.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR
ANCHARALES	Roque Castro	

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formulario en su totalidad sin tachones ni enmendaduras
2. Adjuntar todos los documentos requeridos para poder tener derecho a cuota monetaria y los servicios que presta la Caja de Compensación
3. Es obligatoria la firma y sello de la empresa.
4. Las fotocopias de los documentos de identidad y soportes que acrediten derechos deben ser perfectamente legibles.
5. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

1. Si falta algún documento, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda la información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.
4. Presentar documentos sin las firmas correspondientes o que estén alterados por alguna circunstancia.

DEPENDIENTE

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Copia del documento de identidad del trabajador o el documento válido de identificación para extranjeros
- Cuando el trabajador es menor de edad, anexar permiso para trabajar expedido por el Ministerio de Trabajo
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública", anexar certificación de acreditación como veterano expedido por el Ministerio de Defensa.

CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente o documento válido de identificación para extranjeros.
- Registro civil de matrimonio o Formato de Declaración Juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, para el(a) compañero(a) permanente
- En caso de que el cónyuge o compañero(a) permanente labore, anexar certificado laboral con salario devengado.
- En caso de que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Para el cónyuge o compañero(a) permanente del mismo sexo se deben presentar los mismos documentos

Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

HIJOS

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro civil de nacimiento
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal-NUIP es alfanumérico
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

HIJASTROS

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro Civil
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad.
- Certificado de la Entidad Promotora de Salud -EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia este en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
- Declaración en el que conste que el padre o madre biológico (a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.
- En caso que el padre biológico haya fallecido anexar registro civil de defunción.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

HERMANOS(AS) HUÉRFANOS DE PADRES

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro Civil de nacimiento del afiliado y del hermano(a)
- Registro de Civil defunción del padre y madre
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

PADRES

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del padre y/o madre o el documento válido de identificación para extranjeros
- Registro Civil de Nacimiento del trabajador.
- Formato de Declaración Juramentada del Ministerio del Trabajo donde se evidencie la dependencia económica y se declare que el padre y/o madre no recibe pensión, salario, ni renta
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador
- Para los padres menores de 60 años, se debe presentar los mismos documentos. (Cuando hay discapacidad)

DISCAPACIDAD

- El trabajador acreditara la discapacidad del beneficiario con certificado legible expedido por la EPS o entidad competente que indique la Discapacidad.

FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR O BENEFICIARIO

- Copia del Registro Civil de Defunción

INDEPENDIENTE O PENSIONADO

- Formulario de Afiliación completamente diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad

Vigilado Supersubsidio

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente,tener contrato a término fijo o indefinido.

2.Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente,no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

3.Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.

4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportarla novedad correspondiente por PILA.

5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido,se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.

6.Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.

7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de febrero de cada año.

8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada,formato suministrado por Comfaputumayo.

SEÑOR TRABAJADOR TENGA PRESENTE

El subsidio familiar es una prestación social pagadera en dinero, especie y servicios a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, y su objetivo fundamental consiste en el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia, como núcleo básico de la sociedad. *Ley 21 de 1982. Art.1*

El subsidio familiar no es salario, ni se computará como factor del mismo en ningún caso. *Ley 21 de 1982. Art.2*

Durante los períodos de incapacidad por motivo de enfermedad no profesional, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional, el trabajador beneficiario tendrá derecho a recibir el subsidio familiar. Dicho trabajador deberá acreditar su incapacidad con certificación expedida por el Instituto de Seguros Sociales en el caso de los trabajadores del sector privado, o por el organismo de previsión social correspondiente en el caso de trabajadores del sector público. Subsidiariamente, donde no exista Seguro Social obligatorio u organismos de previsión social, se acreditará la incapacidad mediante prueba idónea del servicio médico del empleador. Ley 21 de 1982. Art.25

El subsidio familiar por los hijos a cargo se pagará desde el mes de su nacimiento hasta el de su defunción, o cumplimiento de la edad de diez y ocho (18) años. *Ley 21 de 1982. Art. 29.*

Los hermanos huérfanos de padre y los hijos que sean inválidos o de capacidad física disminuida, y que hayan perdido más del sesenta por ciento (60%) de su capacidad normal de trabajo, causarán derecho al subsidio familiar sin ninguna limitación en razón de su edad y percibirán doble cuota de subsidio si reciben educación o formación profesional especializada en establecimiento idóneo. *Ley 21 de 1982. Art 30*

En caso de muerte de una persona a cargo, por la cual el trabajador estuviere recibiendo subsidio familiar, se pagará un subsidio extraordinario por el mes en que ésta ocurra, equivalente a doce (12) mensualidades del subsidio en dinero que viniere recibiendo por el fallecido. Ley 21 de 1982, Art. 34

Todo trabajador beneficiario tendra obligación de avisar a la respectiva Caja directamente o por conducto del empleador, los nacimientos o muertes de personas a cargo, el término de la convivencia, y cualquier otro hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio, dentro del mes en que cualquiera de dichos eventos ocurra.*Ley 21 de 1982, Art. 37*

FACTOR DE VULNERABILIDAD	1.	Desplazado
	2.	Victima del conflicto armado (no desplazado)
	3.	Desmovilizado o reinsertado
	4.	Damnificado desastre natural
	5.	Cabeza de familia
	6.	En condición de discapacidad
	7.	Población migrante
	8.	Población zonas frontera
	9.	Ejercicio del trabajo sexual
	10.	No aplica

PERTENENCIA ÉTNICA	1.	Afrocolombiano
	2.	Comunidad negra
	3.	Indígena
	4.	Palanquero
	5.	Raizal del archipiélago se San Andrés, Providencia y Santa Catalina
	6.	Room/Gitano
	7.	No se auto reconoce en ninguno de los anteriores

TIPO DE DISCAPACIDAD RESOLUCIÓN (1239 de 2022)	1.	Discapacidad Física
	2.	Discapacidad Auditiva
	3.	Discapacidad Visual
	4.	Sordo ceguera
	5.	Discapacidad Intelectual
	6.	Discapacidad Psicosocial
	7.	Discapacidad Múltiple

NOTA: DILIGENCIAR EL NUMERO DEL TIPO DE DISCAPACITADAD EN EL CAMPO DE DATOS DEL TRABAJADOR Y EN PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR.

Vigilado Supersubsidio