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"

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 07:51 a. m.	**Fecha y hora de salida:**	2026-feb.-10 11:24 a. m.
No. Ingreso:	681572	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Nombre:	ROQUE CASTRO VASQUEZ	**Identificación:**	CC 1102350989
Cargo:	OPERARIO DE MAQUINA	**Ocupación:**	No Aplica
Fecha de Nacimiento:	28 oct. 1986	**Edad:**	39 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:	NUEVA EPS
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	Normal	Realizado
Espirometría	Normal	Realizado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Normal	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Normal	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

- 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 del riesgo biomecánico

Salud Ocupacional Los Andes

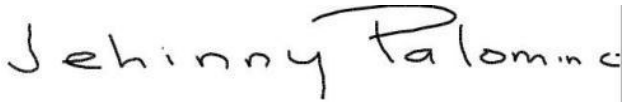
Certificado Médico Ocupacional

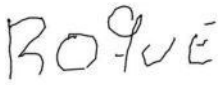
Código Prestador: 680010427801
NIT: 830029102
Dirección: CALLE 54 N 31-29
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

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: ROQUE CASTRO VASQUEZ
CC: 1102350989

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
CARLOS ALBERTO DIAZ MEDINA	C.C.	1,122,786,464	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 05:25:09 p. m.

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

emssanar EPS

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado

Cuidamos de ti en cada paso

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

1. Tipo de trámite
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de afiliación
A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] / Beneficiario o afiliado adicional [ ]
B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen
A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria
Si [ ] No [ ]

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido: Diaz	medina	Carlos	Alberto

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
C.C.	1122796464	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [X] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento		Municipio	
Colombiano	Colombia	Nariño		Pasto	01/11/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]	Nivel / Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Colpatria	Porvenir	$ 1.750.905	

26. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Dirección: Calle 22 # 18-36		3014627961	diamedfamily@gmail.com

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Putumayo	Colon		Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual		País	Departamento	Municipio	

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento		
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	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		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					Si	NO	Nivel	Grupo	Si	NO	Categoría de discapacidad	Si	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Temporales Integrales SAS	Nit	900.375-602	

59. Ubicación: Dirección	Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
Cra 7 # 156-78	5251074		Bta	Bta

emsanar EPS

8. 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 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. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS. retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	12/01/2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Carlos Diaz

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

TEMPORALES INTEGRALES Su Aliado en Personal NIT 900.375.602-6

81. Apoderado o Representante de la entidad en afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia de: documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CL	CD	SC	PT

Cantidad de documentos de identidad anexos:

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

Total Anexos ☐

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

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

FUNCIONARIO DE EMSSANAR EPS:

Para dar cumplimiento a la Resolución 00229 de febrero de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario realizar el siguiente cuestionario como soporte de la entrega de la presente "Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño":

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X_ NO_____

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño en donde se le presenta de manera clara su puesto en el Ranking de Satisfacción del Ministerio de Salud?

Si_X_ NO _____

¿Leyo el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X_ NO_____

¿Leyo el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

Si_X_ NO_____

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

Si_X_ NO_____

En constancia se firma el dia _12_ mes 02 año 2026

Municipio Colon Departamento Putumayo

Firma del Afiliado Carlos Diaz o Huella del Afiliado

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo que deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.

Firma a ruego

Nombre: _____

Identificación _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Funcionario de **Emssanar EPS**: Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos y Deberes; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.

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 ALBERTO DIAZ MEDINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.786.464**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 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: 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:
DIAZ	MEDINA	CARLOS 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. 1122786464	01 / 11 / 1998	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 22 18 36	3014627981	Primaria ☐ Secundaria X Técnico ☐ Tecnologico ☐ Universitario ☐ PostGrado ☐ Ninguno ☐
Correo eletronico: diamedfamily@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) X Viudo (a) ☐ Separado (a) ☐	Familiar ☐ Propia ☐	SI ☐	Normal X	Día 12 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 (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
Andrés Tovar	Carlos Diaz	

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"

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° 53.660

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 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	
DIAZ MEDINA CARLOS ALBERTO	MASCULINO	27 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1122786464 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
01/11/1998	3014627981	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	90.30	184.00	26.67 - SOBREPESO

Cargo
AUXILIAR DE PERFORACIÓN

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:

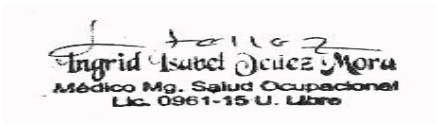
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES	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	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	OTROS : SE DEBE REPETIR ESPIROMETRIA EN EPS	CONTROL DE PESO
		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				Aspirante o Trabajador	
Firma:				**Firma:**	
Nombre:	CC: 36751153 - INGRID ISABEL TELLEZ			**Nombre:**	DIAZ MEDINA CARLOS ALBERTO
R. M.:	522711	**L.S.O.:**	0961	**CC:**	1122786464

Código de Seguridad

F789L1R53660

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 ALEJANDRO JACANAMEJOY JAJOY	C.C.	1,124,315,370	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 05:25:24 p. m.

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

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Código: AS-FR-001
Versión: 03
Vigencia: 06/12/2024

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. de oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución Solidaria: Si [ ] No [ ]

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Jurcanamejoy	Segundo Apellido: Jojoy	Primer Nombre: Mario	Segundo Nombre: Alejandro

9. Tipo de Documento de Identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
C.C.	1124315370	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de Nacimiento (DDMMAAAA)
	País	Departamento	Municipio	
Colombiano	Colombia	Putumayo	Colon	12 11 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial
		Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si No	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Caprotra	Protección	$1.750.905.	

26. Residencia			
Dirección: Calle 15 # 27-18	Teléfono Fijo	Telefono Celular: 3107564947	Correo electrónico: manuelcarmejoy1111@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Putumayo	Colon		Cabecera Municipal [X] Resto Rural [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. Número del documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de Nacimiento (DDMMAAAA)
	País	Departamento	Municipio	DD MM AAAA

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

	51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono Fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Temporales Integrales	Nit	900.375.602	

59. Ubicación					
Dirección: Cra 7 # 56-78	Teléfono fijo o Celular: 5251074	Correo electrónico	Departamento: Bta	Municipio/Distrito: Bta	

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 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 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo. ☐ B. Régimen Subsidiado.
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen. ☐ B. Diferente Régimen.
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificacion F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual?	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de la novedad	67. Motivo traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	12-02-2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCION SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad

TEMPORALES INTEGRALES Su Aliado en Personal
Angie Tex
NIT 900575.602-8

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad de documentos de identidad anexos:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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, sentecnia 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 arcticulo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total anexos ☐

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

92. Identificación del Ente 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	Numero del documento de identidad	Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JACANAMEJOY JAJOY MARIO ALEJANDRO** identificado(a) con **CC** número **1.124.315.370** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 2015 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 14 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. 891.200.337-8	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	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
JACANAMEJOY	JAJOY	MARIO ALEJANDRO	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. 1124315370	12 / 11 / 1993	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 15 22 18	3107564947	Primaria ☐ Secundaria X Técnico ☐ Tecnologico ☐ Universitario ☐ PostGrado ☐ Ninguno ☐
Correo eletronico: mariojacanamejoy1993@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 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 12 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 / 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 INTEGRALES NIT 900375602-9	Mario Jacanamejoy	

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"

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° 53.647

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 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	
JACANAMEJOY JAJOY MARIO ALEJANDRO	MASCULINO	32 AÑOS 2 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	1124315370 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
12/11/1993	3107564937	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	69.00	167.00	24.74 - PESO NORMAL

Cargo
AUXILIAR DE PERFORACIÓN

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	✓

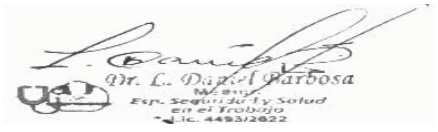
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO SE ACONSEJA CAPACITACIÓN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



Firma:

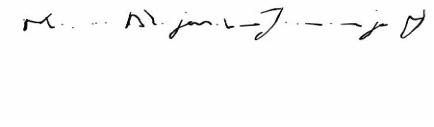
Nombre: CC: 1082839318 - LUIS DANIEL BARBOSA

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

Código de Seguridad

M789S1Y53647

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: JACANAMEJOY JAJOY MARIO ALEJANDRO

CC: 1124315370

emssanar EPS

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado

Cuidamos de ti en cada paso

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

1. Tipo de trámite
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de afiliación
A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] / Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen
A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria
SI [ ] NO [ ]

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Zambrano	Segundo apellido: Zambrano	Primer nombre: Carlos	Segundo nombre: Oliver

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
C.C.	1120216476	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [X] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	
Colombiano	Colombia	Putumayo	San Francisco	10 12 2005

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Colpatria	Porvenir	$1.750.905	

26. Residencia			
Dirección: Calle 1A # 12-23	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3223721591	Correo electrónico: diamelcamilo@gmail.com

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Putumayo	San Francisco		Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual		País	Departamento	Municipio	

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento		
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	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		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Zona: Centro Poblado	Zona: Rural disperso	Zona: Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Temporales Integrales SAS	NIT	900.375.602	

59. Ubicación				
Dirección: Cra 7 # 156-78	Teléfono fijo o Celular: 5251074	Correo electrónico	Departamento: Bta	Municipio/Distrito: Bta

emisanar EPS

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 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. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS, retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	11 20 12 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Carlos Zambrano	TEMPORALES INTEGRALES S.A.S. Suministro en Personal NIT 900.375.802-8
80. El cotizante, **cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional**	**81.** Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

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

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

Total Anexos ☐

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Cód go 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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

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

FUNCIONARIO DE EMSSANAR EPS:

Para dar cumplimiento a la Resolución 00229 de febrero de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario realizar el siguiente cuestionario como soporte de la entrega de la presente 'Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño':

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X_ NO_____

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño en donde se le presenta de manera clara su puesto en el Ranking de Satisfacción del Ministerio de Salud?

Si_X_ NO _____

¿Leyo el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X_ NO_____

¿Leyo el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

Si_X_ NO_____

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

Si_X_ NO_____

En constancia se firma el dia _____ mes_____ año 20__

Municipio San Francisco Departamento Putumayo

Firma del Afiliado Carlos Zambrano o Huella del Afiliado

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien el ruegue; lo que deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella

Firma a ruego

Nombre _____

Identificación _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Funcionario de **Emssanar EPS**: Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos y Deberes; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentacion ante los entes de vigilancia y control

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
CARLOS OLIVER ZAMBRANO ZAMBRANO	C.C.	1,120,216,476	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 05:24:38 p. m.

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

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 OLIVER ZAMBRANO ZAMBRANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.216.476**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 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: 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:
ZAMBRANO	ZAMBRANO	CARLOS OLIVER	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. 1120216476	10 / 12 / 2005	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 14 12 23	3223721591	Primaria Secundaria X Técnico Tecnologico Universitario PostGrado Ninguno
Correo eletronico: diamedfamily@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) X Viudo (a) Separado (a)	Familiar Propia	SI	Normal X	Día 12 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 / 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"

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° 53.620

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 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	
ZAMBRANO ZAMBRANO CARLOS OLIVER	MASCULINO	20 AÑOS 2 MESES 1 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1120216476

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
10/12/2005	3219526748	SECUNDARIA	A +	SOLTERO(A)	74.40	173.00	24.86 - PESO NORMAL

Cargo
AUXILIAR DE PERFORACIÓN

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 DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES	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	
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	
	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

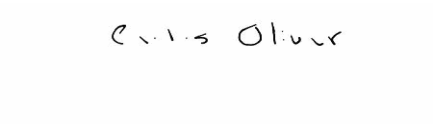
Firma: 

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

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

Código de Seguridad
O789U1A53620

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: ZAMBRANO ZAMBRANO CARLOS OLIVER

CC: 1120216476

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados 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
JAIME ALEXANDER PARRA OVIEDO	C.C.	83,235,666	17/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

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

emssanar

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 15233 Libro IX. Octubre 23 de 2013

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	D D M M A A A A

Página 1 de 2

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: si [ ] no [ ]

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido: Parra	Oviedo	Jaime	Alexander

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
cedula	83235666	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [X] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento		Municipio			
Colombiano	Colombia	Huila		Palermo			21/10/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad		
		SI [ ]	NO [X]	Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Axa Colpatria	Proyecta	$1750905	

26. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Dirección: Carrera 13 # 17-65		3127687720	Jaimeparra@hotmail.com

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Putumayo	Sibundoy		Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual

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

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	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		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Temporales Integrales SAS	Nit	900.375.602	

59. Ubicación				
Dirección: Cra 7 # 156-78	Teléfono fijo o Celular: 5251074	Correo electrónico	Departamento: Bta	Municipio/Distrito: Bta

emssanar

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 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. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ *A. Régimen Contributivo* ☐ *B. Régimen Subsidiado*
- ☐ 15. Traslado: ☐ *A. Mismo Régimen* ☐ *B. Diferente Régimen*
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	17 01 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido			

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

TEMPORALES INTEGRALES Su Aliado en Personal NIT 900.375.002-8

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Jaime A. Parra	Angie Toro

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT

Cantidad de documentos de identidad anexos:

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

Total Anexos ☐

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario

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

OBSERVACIONES:

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

FUNCIONARIO DE EMSSANAR EPS:

Para dar cumplimiento a la Resolución 00229 de febrero de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario realizar el siguiente cuestionario como soporte de la entrega de la presente 'Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño':

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación. ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X_ NO_____

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación. ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño en donde se le presenta de manera clara su puesto en el Ranking de Satisfacción del Ministerio de Salud?

Si_X_ NO _____

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X_ NO_____

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

Si_X_ NO_____

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

Si_X_ NO_____

En constancia se firma el dia 17 mes 02 año 2026

Municipio Sibundoy Departamento Putumayo

Firma del Afiliado Jaime Parra o Huella del Afiliado

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo que deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.

Firma a ruego

Nombre: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Funcionario de **Emssanar EPS**: Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos y Deberes; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **83.235.666**

PARRA OVIEDO

APELLIDOS

JAIME ALEXANDER

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-1980**

PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-AGO-1998 PALERMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6401900-00177886-M-0083235666-20090914 **00160**38904A 1 2100102610

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:

JAIME ALEXANDER PARRA OVIEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **83.235.666**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 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. 891.200.337-8	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	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
PARRA	OVIEDO	JAIME ALEXANDER	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. 83235666	21 / 08 / 1980	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CAR 13 17 65	3127687720	Primaria ☐ Secundaria X Técnico ☐ Tecnologico ☐ Universitario ☐ PostGrado ☐ Ninguno ☐
Correo eletronico: japo666x@gmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
OBREROS Y PEONE	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) X Viudo (a) ☐ Separado (a) ☐	Familiar ☐ Propia ☐	SI ☐	Normal X	Día 17 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 (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
ANCHICAL ORO TEMPORALES INTEGRALES NIT 900375602-9		

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"

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° 53.803

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 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

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	
PARRA OVIEDO JAIME ALEXANDER	MASCULINO	45 AÑOS 5 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	83235666 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
21/08/1980	3127687720	TÉCNICO	O +	UNIÓN LIBRE	68.30	157.00	27.71 - SOBREPESO

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

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:

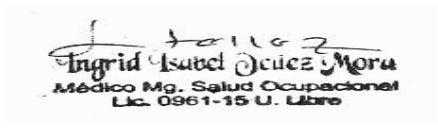
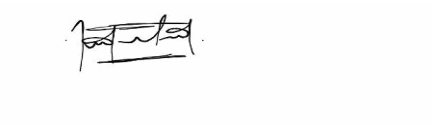
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA : USO OBLIGATORIO PARA LABORAR	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA : EPS	CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA : BAJA EN HARINAS

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:**	PARRA OVIEDO JAIME ALEXANDER
R. M.:	522711	**L.S.O.:**	0961	**CC:**	83235666

Código de Seguridad

Z789F1L53803

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados 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
EMERSON ALIRIO TREJOS VINASCO	C.C.	1,059,695,774	17/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No. De Radicado	Fecha de Radicado

I. DATOS DEL TRÁMITE

2. Tipo de Afiliación: A. Individual X — B. Colectiva — C. Institucional — D. Grupo Familiar — Cotizante o Cabeza de Familia X — Beneficiario o afiliado adicional — 3. Régimen: A. Contributivo X — B. Subsidiado — 4. Condición especial: 5 — 6

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente X — B. Independiente — C. Pensionado — 7. Código (Administradora del SGSSS)

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Trejos	Vinasco	Emerson	Aliño

9. Tipo de documento de identificación: C.C.

10. Número de documento de identificación: 1059695774

11. Sexo biológico: Femenino — Masculino X

12. Sexo identificación: T — NB — Otro — Cual — M X

13. Nacionalidad: colombiano

14. Lugar de nacimiento: País Colombia — Departamento Caldas — Municipio Riosucio

15. Fecha de nacimiento: 18 11 2004

III. DATOS DEL COTIZANTES

Datos personales

16. Edad

17. Comuna-Zona

18. Discapacidad: SI — NO — Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBEN: SI — NO

20. Clasificación SISBEN: Nivel — Grupo

21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Colpatria

23. Administradora de Pensiones: Proteccion

24. Ingreso base de cotización - IBC: $1.750.905

25. Tarifa Contribución de Solidaridad

26. Residencia

Dirección de residencia: Calle 9 # 12-39

Teléfono Fijo

Teléfono celular: 3208349621

Correo electrónico: emerson2004trejos@gmail.com

Ciudad: Risaralda — Departamento: Pereira

Zona: Cabecera Municipal X — Centro Poblado — Rural Disperso — Rural Resto

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo de documento de identificación

29. Número de documento de identidad

30. Sexo biológico: Femenino — Masculino

31. Sexo identificación: T — NB — Otro — Cual — M

32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País — Departamento — Municipio

34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Edad	45. Comuna-Zona	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio - Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC de la población especial (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Barrio	Vereda - Corregimiento	Centro Poblado
01			
02			
03			
04			
05			

53. Nombre de la Entidad Promotora de Servicios de Salud - EPS

54. Código de la EPS (a registrar por la EPS)

01		
02		
03		
04		
05		

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

56. Nombre o razón social

Temporales Integrales

55. Tipo de documento de identificación

Nit

57. Número de documento de identificación

900.375.602

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

Calle 7 # 56-78 — 5251074 — Bta — Bta

II. REPORTE DE NOVEDADES

5.a Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de cotizante/afiliado
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización de documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la incapacidad en la EPS. Código
- [ ] 6. Registro de pago a tercero (embargos). Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Retiro de la cotización, inicio o reanudación de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Suspensión de cotización, inicio o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Traslado de EPS saliente al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad administradora del régimen contributivo
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad administradora del régimen contributivo
- [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de no pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

6a. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

66. EPS actual	65. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	17022026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaro la dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaro que no estoy obligado a afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario.
- [ ] 72. Declaración de la información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y entregue datos y copia de la Historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y actualizada que administre las Entidades territoriales.
- [ ] 75. Autorización para que la EPS entregue los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información a correo electrónico o a celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularme a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En calidad autorizo a el fallecimiento del cabeza de familia a reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	*Número de documento de identidad

TEMPORALES INTEGRALES
Actuando en Personal
Angie
NIT 900.375.602-8

IX. FIRMAS

Emerson Trejos

80. Cotizante / cabeza de familia o beneficiario mayor de edad o afiliado adicional

81. Aportante o contratante

Huella del Dedo Índice

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia de documento de identidad

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

- [ ] 83. Copia de dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia de registro civil de matrimonio, de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de escritura pública, sentencia judicial que decrete 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 de certificado de adopción o acta de entrega de menor.
- [ ] 87. Copia de sentencia judicial o de acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la patria potestad, o certificado de defunción de los padres o declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de dichos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de bravuconada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de niños.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código departamento	Código municipio	93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	*Número de documento de identidad	96. Firma del funcionario

97. Número de radicación	98. Fecha de radicación

Observaciones

*Señor cotizante, cabeza familia, beneficiario mayor de edad o afiliado adicional, esta es la única vez que le solicitamos el número de su documento de identidad.

FIRMA CLIENTE

Protección

Pensión Obligatoria ☐ Pensión Voluntaria ☐ Cesantías ☐

Fecha de Solicitud: Mes / Año / Día

Nombre producto seleccionado:

DATOS PERSONALES

Tipo de Vinculación: ☐ Vinculación inicial ☐ Traslado de AFP - Pensión Familiar ☐ Traslado AFP ☐ Traslado de régimen ☐ Traslado de Régimen - Pensión Familiar

Código de verificación

☒ C.C. ☐ C.E. ☐ RCN ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ Pasaporte Diplomático ☐ PEP ☐ PT

Número documento de identidad: 1059 695 7

Nombre completo:

Emerson Alirio trejos Vinasco

ACEPTACIÓN SOLICITUD AFILIACION ELECTRONICA

Hago constar que la selección del Régimen de ahorro individual con solidaridad lo he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada he elegido a PROTECCIÓN S.A para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica. Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Manifiesto de manera libre y voluntaria que Protección S.A, me ha brindado información relacionada con el producto previo a la afiliación al Fondo de Cesantías. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica. Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Manifiesto de manera libre y voluntaria que Protección S.A, me ha brindado la información de las condiciones del producto, de manera clara y previa a mi afiliación al Fondo de Pensiones Voluntarias. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica.

En tal sentido, y cuando resulte procedente de acuerdo con los términos y condiciones del producto respectivo, Protección elaborará el Perfil de Cliente que le permita realizar el Análisis de Conveniencia y proceder con el suministro de una Recomendación Profesional. Manifiesto igualmente, que en los eventos en que en mi calidad de Afiliado ejecute una decisión de inversión, contraria a la Recomendación Profesional suministrada por Protección, se entenderá que me he apartado de la misma, y tal ejecución servirá de constancia en los términos del artículo artículo 2.40.1.3.2. del Decreto 2555 de 2010.

Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Conozco y acepto las obligaciones que en materia de lavado de activos y financiación del terrorismo quedaron expresas en el formulario de afiliación digital.

El afiliado tiene el derecho a retractarse de su decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en la que se le informe de la validación de la afiliación o del traslado por parte de la administradora seleccionada.

AFILIADO

Emerson Alirio trejos Vinasco 1059 695 779

Declaro bajo juramento que los anteriores datos suministrados en el presente documento corresponden a la información que me ha sido suministrada.

Nombre completo Asesor Comercial

Número documento de Identidad

Firma y NIT empleador (En el caso que sea Obligatorio)

Firma representante Legal
Nombres y apellidos JUAN PABLO ARANGO BOTERO

Firma Afiliado / Firma del cliente / Representante del menor

5/2020

www.proteccion.com

	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	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
TREJOS	VINASCO	EMERSON ALIRIO	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. 1059695774	18 / 11 / 2004	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 10 12 23	3208349621	Primaria ☐ Secundaria X Técnico ☐ Tecnologico ☐ Universitario ☐ PostGrado ☐ Ninguno ☐
Correo eletronico: emerson2004trejos@gmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
OBREROS Y PEONE	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) X Viudo (a) ☐ Separado (a) ☐	Familiar ☐ Propia ☐	SI ☐	Normal X	Día 17 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 / 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	Emerson trejos	

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"

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° 53.791

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 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	
TREJOS VINASCO EMERSON ALIRIO	MASCULINO	21 AÑOS 2 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1059695774 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
18/11/2004	3208349621	SECUNDARIA	O +	CASADO(A)	71.00	170.00	24.57 - PESO NORMAL

Cargo
AYUDANDE 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
	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

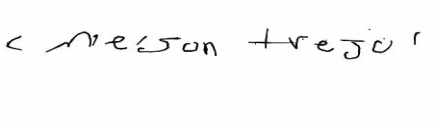
Firma: 

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

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

Código de Seguridad
X789D1J53791

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: TREJOS VINASCO EMERSON ALIRIO

CC: 1059695774

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados 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
JOHN WILLMER ALMEIDA UNIGARRO	C.C.	1,127,072,801	17/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 17/02/2026, el empleador TEMPORALES INTEGRALES S A S identificado con NIT número 900375602 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9994099	17/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1127072801	JOHNWILLMER ALMEIDA UNIGARRO	1900000	INSPECTOR DE OBRAS	2026-02-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Febrero del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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 WILLMER ALMEIDA UNIGARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.127.072.801**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 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. 891.200.337-8	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	1900000

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
ALMEIDA	UNIGARRO	JOHN WILLMER	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. 1127072801	03 / 07 / 1989	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CAR 13 17 65	3223715591	Primaria / Secundaria X / Técnico / Tecnologico / Universitario / PostGrado / Ninguno
Correo eletronico: jwillmer23k@gmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
OFICIALES Y OPE	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) X / Viudo (a) / Separado (a)	Familiar / Propia	SI / NO X	Normal X	Día 17 Mes 02 Año 2026
Casado (a) / Divorciado (a) / Union Libre	Arriendo X / Hipoteca		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) *.

ANCIZAR PINZON PINZON — TEMPORALES INTEGRALES — NIT 900375602-9

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"

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° 53.787

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 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	
ALMEIDA UNIGARRO JOHN WILMER	MASCULINO	36 AÑOS 7 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	1127072801 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
03/07/1989	3223715591	TÉCNICO	O +	UNIÓN LIBRE	60.20	168.00	21.33 - PESO NORMAL

Cargo
OFICIAL 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	✓

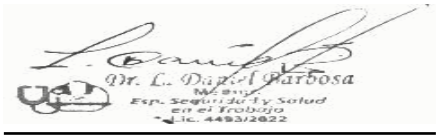
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO SE ACONSEJA CAPACITACIÓN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



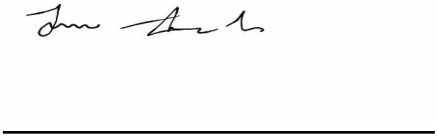
Firma:

Nombre: CC: 1082839318 - LUIS DANIEL BARBOSA

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

Código de Seguridad
N789T1Z53787

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ALMEIDA UNIGARRO JOHN WILMER

CC: 1127072801

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados 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
OMAR GABRIEL ESPAÑA ESTRADA	C.C.	1,006,908,147	17/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

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

FIRMA CLIENTE

Protección

Nit. 800.138.188-1

Pensión Obligatoria ☐ Pensión Voluntaria ☐ Cesantías ☐

Fecha de Solicitud

Año Mes Día

Nombre producto voluntario: _____

DATOS PERSONALES

Tipo de Vinculación ☐ Vinculación inicial ☐ Traslado de AFP - Pensión Familiar ☐ Traslado AFP ☐ Traslado de régimen ☐ Traslado de Régimen - Pensión Familiar

Código de verificación

☐ C.C. ☐ C.E. ☐ RCN ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ Pasaporte Diplomático ☐ PEP ☐ PT

Número documento de identidad

Nombre completo

ACEPTACIÓN SOLICITUD AFILIACIÓN ELECTRÓNICA

Hago constar que la selección del Régimen de ahorro individual con solidaridad lo he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada he elegido a PROTECCIÓN S.A para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica. Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Manifiesto de manera libre y voluntaria que Protección S.A, me ha brindado información relacionada con el producto previo a la afiliación al Fondo de Cesantías. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica. Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Manifiesto de manera libre y voluntaria que Protección S.A, me ha brindado la información de las condiciones del producto, de manera clara y previa a mi afiliación al Fondo de Pensiones Voluntarias. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica.

En tal sentido, y cuando resulte procedente de acuerdo con los términos y condiciones del producto respectivo, Protección elaborará el Perfil de Cliente que le permita realizar el Análisis de Conveniencia y proceder con el suministro de una Recomendación Profesional. Manifiesto igualmente, que en los eventos en que en mi calidad de Afiliado ejecute una decisión de inversión, contraria a la Recomendación Profesional suministrada por Protección, se entenderá que me he apartado de la misma, y tal ejecución servirá de constancia en los términos del artículo artículo 2.40.1.3.2. del Decreto 2555 de 2010.

Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Conozco y acepto las obligaciones que en materia de lavado de activos y financiación del terrorismo quedaron expresas en el formulario de afiliación digital.

El afiliado tiene el derecho a retractarse de su decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en la que se le informe de la validación de la afiliación o del traslado por parte de la administradora seleccionada.

AFILIADO



Huella

Omar España.

Firma Afiliado / Firma del cliente / Representante del menor

Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada.

Firma y NIT empleador.
(En el caso que sea Obligatoria).

Nombre completo Asesor Comercial

Número documento de Identidad

Firma representante Legal

Nombres y apellidos JUAN PABLO ARANGO BOTERO

VIGILADO

10 / 2022

www.proteccion.com

Clasificación - Confidencial

	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	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
ESPAÑA	ESTRADA	OMAR GABRIEL	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. 1006908147	25 / 02 / 2002	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 10 21 17	3222695818	Primaria Secundaria X Técnico Tecnologico Universitario PostGrado Ninguno
Correo eletronico: omargabriel251@gmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
OBREROS Y PEONE	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) X Viudo (a) Separado (a)	Familiar Propia	SI	Normal X	Día 17 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 / 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	Omar Gabriel	

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"

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Código: AS-FR-001
Versión: 03
Vigencia: 06/12/2024

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. de oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución Solidaria: Si [ ] No [ ]

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres				
Primer Apellido: Espana	Segundo Apellido: Estrada	Primer Nombre: Omar	Segundo Nombre: Gabriel	
9. Tipo de Documento de Identidad: C.C.	10. Número del documento de Identidad: 1006900147	11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]	12. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?	
13. Nacionalidad: Colombiano	14. Lugar de nacimiento: País: Colombia	Departamento: Putumayo	Municipio: Colon	15. Fecha de Nacimiento (DDMMAAAA): 25 02 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si [ ] No [ ]	20. Clasificación SISBÉN: Nivel [ ] Grupo [ ]		21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Colpatria	23. Administradora de Pensiones: Proteccion	24. Ingreso base de cotización - IBC: $1.750.905	25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia				
Dirección: Calle 9 # 25-16	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3226945818	Correo electrónico: omargabriel2510@gmail.com	
Departamento: Putumayo	Municipio/Distrito: Sibundoy	Localidad/Comuna:	Zona: Cabecera Municipal [X] Resto Rural [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. Número del documento de Identidad	30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]	31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio		34. Fecha de Nacimiento (DDMMAAAA): DD MM AAAA

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

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

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del Documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Departamento	Municipio	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono Fijo y/o celular	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Dirección	Localidad Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Temporales Integrales	Nit	900.375.602	

59. Ubicación: Dirección: Cra 7 # 156-78 Teléfono fijo o Celular: 5251074 Correo electrónico: Departamento: Bta Municipio/Distrito: Bta

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 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 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo. ☐ B. Régimen Subsidiado.
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen. ☐ B. Diferente Régimen.
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificacion	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual?	

65. EPS anterior	66. Fecha de la novedad	67. Motivo traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	17-02-2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad

TEMPORALES INTEGRALES
Su Aliado en Personal
NIT 900.375.602-8

IX. FIRMAS

Omar España

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

81. Apoderado o entidad responsable de la afiliación Colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad de documentos de identidad anexos:
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total anexos ☐

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

92. Identificación del Ente 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 del documento de identidad	Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES :

ContributivoRecuerde 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

ELABORÓ:	REVISO:	APROBÓ:	
Ing. Jhon Bastidas Coord. De Afiliaciones y Admon de BD	Ing. Diana Quenán Coord. Sistemas Integrados de Gestión	Dr. Luis Fernando Cuastumal Gerente General	Documento Controlado

Las Modificaciones al Formato No Son Válidas Sin Aprobación. (Firmas En Formato Original Aprobado)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.908.147
ESPAÑA ESTRADA

APELLIDOS
OMAR GABRIEL

NOMBRES

Omar España
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-2002
COLON
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

24-JUL-2020 SIBUNDOY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401900-01152746-M-1006908147-20200815 0071492094A 1 53571601

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.019.036.764**

HERNANDEZ BONILLA

APELLIDOS

ANGELA PATRICIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-SEP-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-SEP-2007 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00437396-F-1019036764-20130530 0033192530A 1 1242331166

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° 53.790

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 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)

ESPAÑA ESTRADA OMAR GABRIEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	23 AÑOS 11 MESES 18 DÍAS	CC	1006908147
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
25/02/2002	3133667398	SECUNDARIA	A +	SOLTERO(A)	67.50	178.00	21.30 - PESO NORMAL

Cargo
AYUDANDE 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 DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES	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	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 Moreno
Médico Mg. Salud Ocupacional
Lic. 0961-15 U. Libre

Firma:

Nombre: CC: 36751153 - INGRID ISABEL TELLEZ

Aspirante o Trabajador

Omar España

Firma:

Nombre: ESPAÑA ESTRADA OMAR GABRIEL

R. M.:	522711	L.S.O.:	0961	Código de Seguridad	CC:	1006908147
				Y789E1K53790		

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
JORGE DANIEL ORTEGA ROBLES	C.C.	1,081,276,036	20/02/2026	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 jueves 19 de febrero de 2026 a las 03:05:22 p. m.

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

emssanar

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

NIT. 901 021 565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 16733 Libro IX, Octubre 24 de 2011

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	D D M M A A A A

de 1 en cada paso

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de afiliación: A. Individual: · Cotizante o Cabeza de Familia [X] · Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: si [ ] no [ ]

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Ortega	Segundo apellido: Roble	Primer nombre: Jorge	Segundo nombre: Daniel

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
C.C.	1081276036	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [X] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio		
Colombiano	Colombia	Nariño	Pasto		13/1/2006

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Colpatria	Porvenir	$ 1.750.905.	

26. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Dirección: Calle 1A # 25-19		3229596584	danielortega.2248@gmail.com

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Putumayo	San Francisco		Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual		País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento		
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	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		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Zona: Centro Poblado	Zona: Rural disperso	Zona: Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Temporales Integrales SAS	Nit	900.375.602	

59. Ubicación	Teléfono fijo y Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
Dirección: Cra 7 # 156-78	5251074		Btá	Btá

emssanar

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 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. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	21 01 2020	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Jorge Ortega	TEMPORALES INTEGRALES Su Aliado en Personal NIT 900.375.602-8

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT

Cantidad de documentos de identidad anexos:

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

Total Anexos ☐

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario

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

OBSERVACIONES:

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

FUNCIONARIO DE EMSSANAR EPS:

Para dar cumplimiento a la Resolución 00229 de febrero de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario realizar el siguiente cuestionario como soporte de la entrega de la presente 'Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño':

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X__ NO_____

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño en donde se le presenta de manera clara su puesto en el Ranking de Satisfacción del Ministerio de Salud?

Si_X__ NO _____

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X__ NO_____

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

Si_X__ NO_____

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

Si_X__ NO_____

En constancia se firma el día 20 mes 02 año 2026

Municipio San Francisco Departamento Putumayo

Firma del Afiliado Jorge Ortega. o Huella del Afiliado

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo que deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.

Firma a ruego

Nombre: _____

Identificación _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Funcionario de **Emssanar EPS**: Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos y Deberes; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.081.276.036**



Apellidos
ORTEGA ROBLES

Nombres
JORGE DANIEL

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.72	M

Fecha de nacimiento
13 NOV 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PASTO (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
15 NOV 2024. SIBUNDOY

Firma

Fecha de expiración
15 NOV 2034

068922683

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

```
ICCOL068922683664019<<<<<<<<<<<
0611132M3411159COL1081276036<4
ORTEGA<ROBLES<<JORGE<DANIEL<<<
```

	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	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
ORTEGA	ROBLES	JORGE DANIEL	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. 1081276036	13 / 11 / 2006	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 18 25 19	3229596589	Primaria Secundaria X Técnico Tecnologico Universitario PostGrado Ninguno
Correo eletronico: danielortega.2248@gmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
OBREROS Y PEONE	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) X Viudo (a) Separado (a)	Familiar Propia	SI	Normal X	Día 20 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 / 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"

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:

JORGE DANIEL ORTEGA ROBLES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.276.036**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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.

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° 53.955

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 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	
ORTEGA ROBLES JORGE DANIEL	MASCULINO	19 AÑOS 3 MESES 7 DÍAS	CC (Tipo)	1081276036 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
13/11/2006	3229596589	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	98.00	172.00	33.13 - OBESIDAD GRADO

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD QUE NO LE IMPIDE DESEMPEÑAR SU TRABAJO HABITUAL.

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
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	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	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
	SVE AUDITIVO	
	SVE VISUAL	
	SVE CARDIOVASCULAR	
	SVE OSTEOMUSCULAR	

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



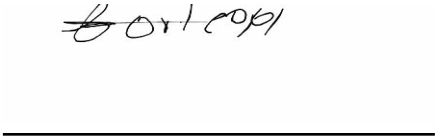
Firma:

Nombre: CC: 13068726 - NESTOR ALIRIO TORO

R. M.: 1840 **L.S.O.:** 2378

Código de Seguridad
V789B1H53955

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ORTEGA ROBLES JORGE DANIEL

CC: 1081276036

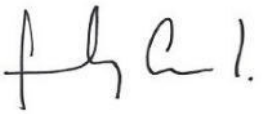
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

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 MILLER CAICEDO ORDOÑEZ	C.C.	1,086,695,679	20/02/2026	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 jueves 19 de febrero de 2026 a las 03:06:04 p. m.

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

emssanar EPS

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 15233 Libro IX. Octubre 26 de 2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	D D M M A A A A

Cuidamos de ti en cada paso

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	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 [ ]

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Caicedo	Segundo apellido: Oldñez	Primer nombre: Luis	Segundo nombre: Miller

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación
C.C.	1086945679	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [X] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento		Municipio			
Colombiano	Colombia	Nariño		Cumbitara			3 1 1 2 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25.Tarifa Contribución Solidaria
Colpatria	Porvenir	$ 1.750.905.	

26. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Dirección: Calle 19 # 32 - 40		3202044372	luismiller2000@gmail.com

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Nariño	Cumbitara		Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual

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

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	Día / Mes / Año
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Temporales Integrales SAS	Nit	900.375.602	

Dirección	59. Ubicación	Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
Cra 7 # 156 - 78		5251074		Bta	Bta

emssanar

8. 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 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. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	20 01 21 20 26	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Luis Caicedo

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

TEMPORALES INTEGRALES
Su Afiado en Personal
NIT 900.375.602-8

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad de documentos de identidad anexos:

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT

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

Total Anexos ☐

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario

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

OBSERVACIONES:

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

FUNCIONARIO DE EMSSANAR EPS:

Para dar cumplimiento a la Resolución 00229 de febrero de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario realizar el siguiente cuestionario como soporte de la entrega de la presente 'Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño':

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X_ NO_____

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño en donde se le presenta de manera clara su puesto en el Ranking de Satisfacción del Ministerio de Salud?

Si_X_ NO _____

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Si_X_ NO_____

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

Si_X_ NO_____

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

Si_X_ NO_____

En constancia se firma el día 20 mes 02 año 2026

Municipio Cumbitara Departamento Nariño

Firma del Afiliado Luis caicedo o Huella del Afiliado

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo que deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.

Firma a ruego

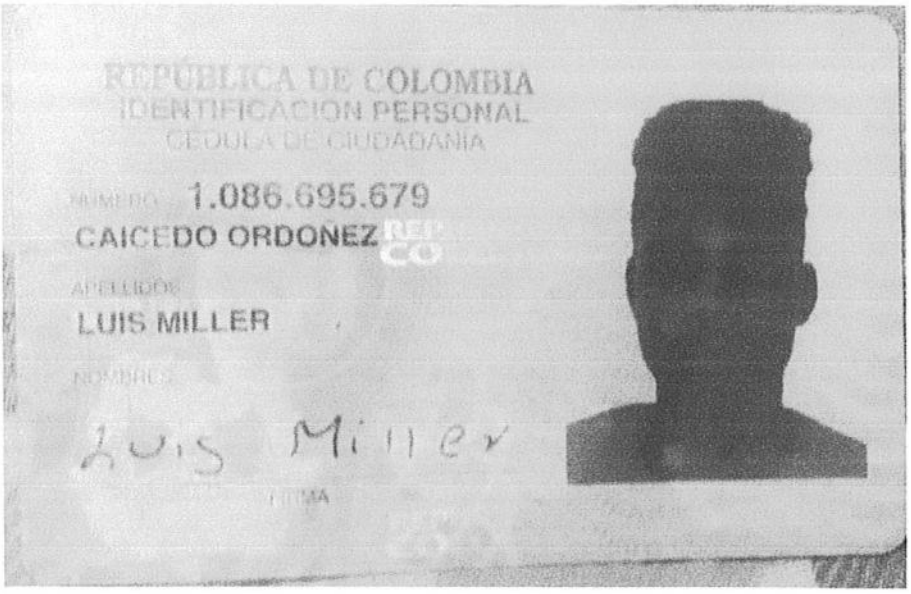
Nombre: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Funcionario de **Emssanar EPS**: Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos y Deberes; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.086.695.679

CAICEDO ORDOÑEZ

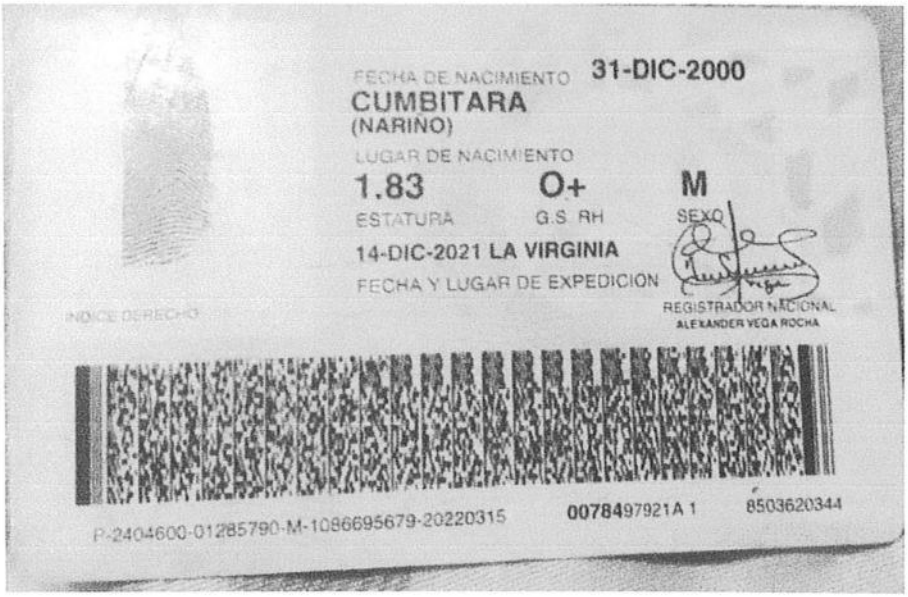
APELLIDOS

LUIS MILLER

NOMBRES

Luis Miller

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-2000

CUMBITARA
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.83 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

14-DIC-2021 LA VIRGINIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-2404600-01285790-M-1086695679-20220315 0078497921A 1 8503620344

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:

LUIS MILLER CAICEDO ORDOÑEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.086.695.679**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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: 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:
CAICEDO	ORDOÑEZ	LUIS	MILLER	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. 1086695679	31	12	2000	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 14 22 26	3202044372	Primaria [ ] Secundaria [x] Técnico [ ] Tecnologico [ ] Universitario [ ] PostGrado [ ] Ninguno [ ]
Correo eletronico: luisordonez2000@gmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)							Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)									
OBREROS Y PEONE	1	2	3	4	5	6	7 [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) [x] Viudo (a) [ ] Separado (a) [ ]	Familiar [ ] Propia [ ]	SI [ ]	Normal [x]	Día 20 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 / 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.	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. 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 EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR
TEMPORALES INTEGRALES SAS NIT 900.375.602	Luis Miller caicedo	

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"