AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 97481168
Nombre: WILLAN FERNANDO ESPAÑA ESPAÑA
Fecha Ingreso: 17/03/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 16/03/2026 06:23:28 p. m.

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) WILLAN FERNANDO ESPAÑA ESPAÑA identificado(a) con CC 97481168, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por CONSORCIO SAN FRANCISCO NI 901591251 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
17/mar./2026	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
17/abr./2026	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 18 días del mes de mar. de 2026.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

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

Cordialmente,

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILLAN FERNANDO ESPAÑA ESPAÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **97.481.168**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Comfamiliar del Putumayo

670782-97481168

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) ESPANA ESPANA WILLAN FERNANDO identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 97481168, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-03-17 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 18 de Marzo 2026

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

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

Ciudad. San Francisco - Putumayo Centro de operación 327

Yo ESPAÑA ESPAÑA WILLAN FERNANDO con C. C. No. 97481168

Cargo AYUDANTE DE OBRA

CERTIFICO QUE

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

ELEMENTOS	CANTIDAD
1.- Botas de seguridad	1
2.- Botas de caucho	1
3.- Pantalón	2
4.- Camisa	2
5.- Guantes en cuero largo	
6.- Guantes en carnaza	
7.- Guantes en vaqueta	1
8.- Casco de seguridad	1
9.- Peto Monja	1
10- Mangas de cuero	
11- Polainas de cuero	
12.- Gafas de seguridad	1
13.- Mascarilla desechable	1
14.- Protector de oídos	1
15.- Impermeables	1
16.- Overol	
17.- Guantes para moto	
18.- Otros Barbuquejo	1
Fecha de entrega	17-03-2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	Willan
FIRMA DE QUIEN ENTREGA	

Observaciones	

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

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 54.599

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	03 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS I**

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

CONSORCIO SAN FRANCISCO

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ESPAÑA ESPAÑA WILLIAM FERNANDO	MASCULINO	40 AÑOS 9 MESES 25 DÍAS	Tipo: CC	Número: 97481168

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
14/05/1985	3125765192	TECNÓLOGO	O +	UNIÓN LIBRE	70.00	170.00	24.22 - PESO NORMAL

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO CON RECOMEDACIONES MEDICAS

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS	CONTINUAR CAPACITACIONES	DIETA BALANCEADA
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	OTROS : SE RECOMIENDA PRECAUCIÓN PARA ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN PERMANENCIA PROLONGADA EN ESPACIOS CONFINADOS	

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: df2a0114-905c-4c32-a9f7-e5582a0b888a

Nombres y apellidos / Full name: **WILLAN FERNANDO ESPAÑA ESPAÑA**

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

Número de identificación / ID Number: **9 7 4 8 1 1 6 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **14/05/1985**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3123694915**

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

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre Amarilla	Única	23	02	2011		NA	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	NA
COVID JANSSEN	Única	07	09	2021	Janssen	213A21A	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	MARIA DEL ROSARIO CHICUNQUE DEJOY

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consérvelo

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

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: WILLIAM FERNANDO

Apellidos: ESPAÑA ESPAÑA.

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

Número de documento: 97481168

Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 05 Año 1985

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	23-02-11		Centro de S.L. Nazareth
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	16-03-26	2334X006A.	C.S Los Nazarenos.
	2			
	3	Cita el 16 Abril		
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19		U. 07-04-21	213A21A	Centro S.L.A.
Otras				

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

Marcela Portilla de los Ríos

Firma:

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

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

Código de Seguridad
U789A1G54599

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ESPAÑA ESPAÑA WILLIAM FERNANDO

CC: 97481168

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1122786097
Nombre: VICTOR ALFONSO DE LA CRUZ MUÑOZ
Fecha Ingreso: 17/03/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 16/03/2026 06:29:12 p. m.

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) VICTOR ALFONSO DE LA CRUZ MUÑOZ identificado(a) con CC 1122786097, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por CONSORCIO SAN FRANCISCO NI 901591251 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
17/mar./2026	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
17/abr./2026	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 18 días del mes de mar. de 2026.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

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

Cordialmente,

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VICTOR ALFONSO DE LA CRUZ MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.786.097**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Marzo 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.

Powered by CamScanner

Comfamiliar del Putumayo

670781-1122786097

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) DE LA CRUZ MUNOZ VICTOR ALFONSO identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1122786097, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-03-17 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 18 de Marzo 2026

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

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

Ciudad. San Francisco - Putumayo Centro de operación 327

Yo DE LA CRUZ MUÑOZ VICTOR ALFONSO con C. C. No. 1122786097

Cargo AYUDANTE DE OBRA

CERTIFICO QUE

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

ELEMENTOS	CANTIDAD
1.- Botas de seguridad	1
2.- Botas de caucho	1
3.- Pantalón	2
4.- Camisa	2
5.- Guantes en cuero largo	
6.- Guantes en carnaza	
7.- Guantes en vaqueta	1
8.- Casco de seguridad	1
9.- Peto Manga	1
10- Mangas de cuero	
11- Polainas de cuero	
12.- Gafas de seguridad	1
13.- Mascariila desechable	1
14.- Protector de oídos	1
15.- Impermeables	1
16.- Overol	
17.- Guantes para moto	
18.- Otros Barbuquejo	1
Fecha de entrega	17-03-2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	victor
FIRMA DE QUIEN ENTREGA	

Observaciones	

OCUPSALUD SST SAS
Seguridad total e integral en el trabajo

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 54.570

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	03 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS I**

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

CONSORCIO SAN FRANCISCO

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DE LA CRUZ MUÑOZ VICTOR ALFONSO	MASCULINO	28 AÑOS 3 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	1122786097 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
11/11/1997	3232297813	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	63.00	172.00	21.30 - PESO NORMAL

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA 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: Marcela Portilla de los Ríos

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

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

Código de Seguridad I789O1U54570

Aspirante o Trabajador

Firma: Victor Alfonso

Nombre: DE LA CRUZ MUÑOZ VICTOR ALFONSO

CC: 1122786097

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 793d20d4-5179-49db-9cc5-6bf10bd4e09f

Nombres y apellidos / Full name: **VICTOR ALFONSO DE LA CRUZ MUÑOZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1122786097**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **11/11/1997**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3232297813**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID JANSSEN	Única	31	01	2022	Janssen	202G21A	CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO	LIA CAROLINA MURIEL
Fiebre Amarilla	Única	16	06	2025	Sanofi Pasteur	Y3D18	CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO	LUZ MARY MARTINEZ URBANO - CC27473011 - ACTIVO
TD Adulto	Primera	16	03	2026	Serum	2334L016E	CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO	MARIA ELIZABETH GUEVARA WUALTER - CC41181225 - ACTIVO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraidos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

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

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

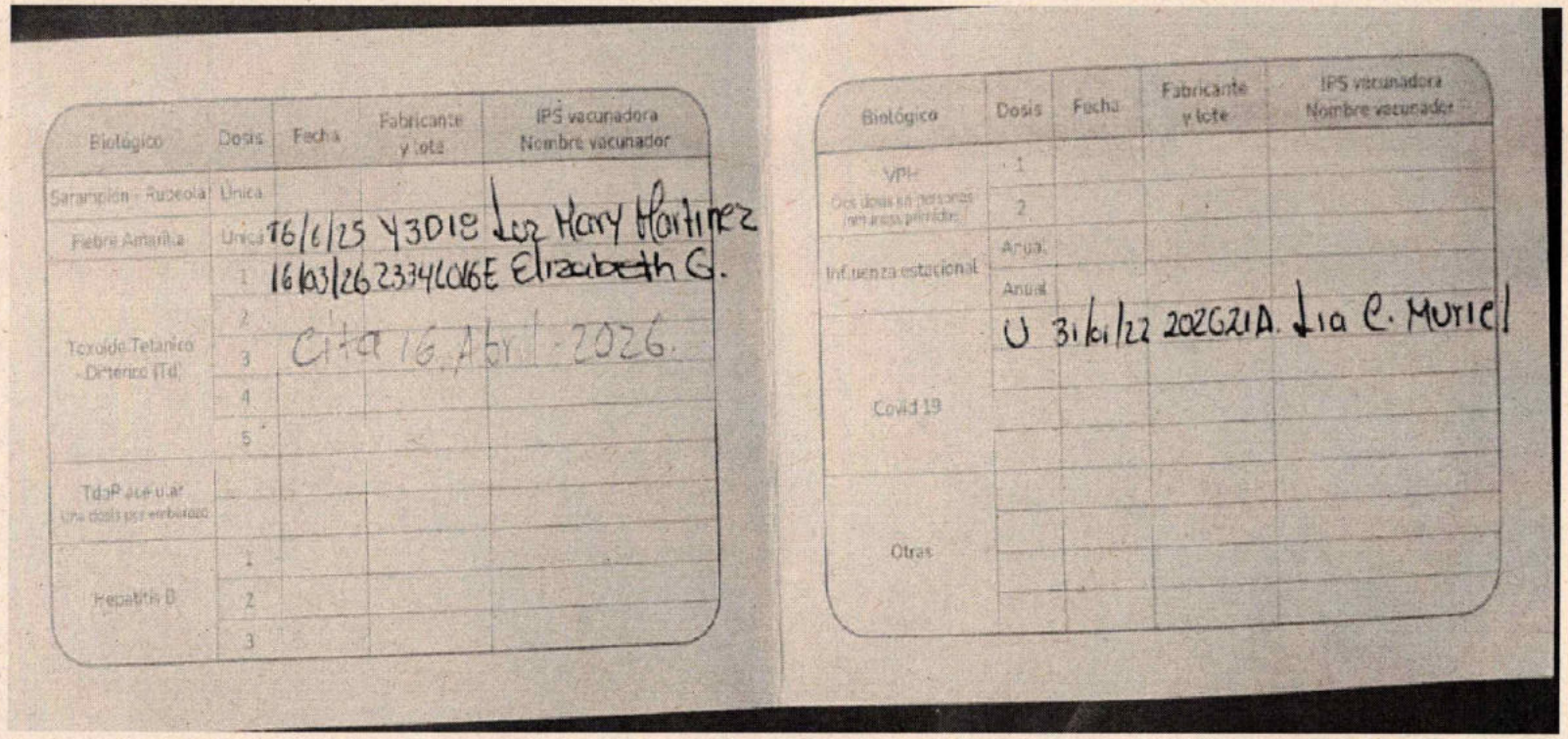
El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

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

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

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

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



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	16/6/25	Y3D18	Luz Mary Martinez
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	16/03/26	2334L046E	Elizabeth G.
	2			
	3	Cita 16 Abr - 2026.		
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas menores de 15 años	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19		U	31/01/22	2026218 Lia C. Muriel
Otras				

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Victor Alfonso

Apellidos: De la Cruz Muñoz

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

Número de documento: 1122786097

Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 11 Año 1997

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1124313445
Nombre:	JOHN JAIRO CHACHINOY BUESAQUILLO
Fecha Ingreso:	17/03/2026
Salario básico:	2,045,414
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	02
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	16/03/2026 06:35:15 p. m.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado D D M M A A A A

200955199

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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)

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
CHACHINOY	BUESAQUILLO	JOHN JAIRO	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	1124313445	Femenino — Masculino X	F — M X T — NB — Otro		COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento: País — Departamento — Municipio — 15. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		$ 2.045.414	

26. Residencia Dirección: BARRIO SANTA TOMAS — Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3228498536 — Correo Electrónico: jhonchachi124@gmail.com

Departamento — Municipio / Distrito — Localidad / Comuna — Zona: 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	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro		

33. Lugar de nacimiento: País — Departamento — Municipio — 34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	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
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. Afiliación

V.2020

200955199

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 documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO SAN FRANCISCO	NIT	901.591.251 –	

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

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.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 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	F M T NB Otro Cuál	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
SANITAS ACTIVO	17 03 026	Código	

8. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 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.
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 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.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	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 de 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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
FABIAN ROJAS 79980534		

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado JOHN JAIRO CHACHINOY BUESAQUILLO

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	X	NO

Firma del Afiliado
Documento de Identidad 1124313445

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadania No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____ _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____ _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad:_____
Edad:_____
Dirección de domicilio:_____

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

JOHN JAIRO CHACHINOY BUESAQUILLO, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: 

Nombre: JOHN JAIRO CHACHINOY BUESAQUILLO

Identificación: 1124313445

Fecha: 17 03 2026

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHN JAIRO CHACHINOY BUESAQUILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.313.445**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Comfamiliar del Putumayo

670780-1124313445

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) CHACHINOY BUESAQUILLO JHON JAIRO identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1124313445, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-03-17 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 18 de Marzo 2026

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

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

Ciudad. San Francisco - Putumayo Centro de operación 327

Yo CHACHINOY BUESAQUILLO JOHN JAIRO con C. C. No. 1124313445

Cargo OFICIAL DE OBRA III

CERTIFICO QUE

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

ELEMENTOS	CANTIDAD										
1.- Botas de seguridad	1										
2.- Botas de caucho	1										
3.- Pantalón	2										
4.- Camisa	2										
5.- Guantes en cuero largo											
6.- Guantes en carnaza											
7.- Guantes en vaqueta	1										
8.- Casco de seguridad	1										
9.- Peto Monta	1										
10- Mangas de cuero											
11- Polainas de cuero											
12.- Gafas de seguridad	1										
13.- Mascarilla desechable	1										
14.- Protector de oídos	1										
15.- Impermeables	1										
16.- Overol											
17.- Guantes para moto											
18.- Otros Barbuquejo	1										
Fecha de entrega	17-03-2026										
FIRMA DEL TRABAJADOR											
FIRMA DE QUIEN ENTREGA											

Observaciones

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

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19.961

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	03 MES	2023 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS I

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

CONSORCIO SAN FRANCISCO

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CHACHINOY BUESAQUILLO JOHN JAIRO	MASCULINO	37 AÑOS 2 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1124313445 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
10/01/1989	3228498536	PRIMARIA	O +	UNIÓN LIBRE	57,70	161,00	22,26 - PESO NORMAL

Cargo
OFICIAL PILERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

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

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EMPRESAS

- 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
- PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19 (YA INMUNIZADO)PEND REFUERZO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

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

Firma:

Nombre: CC: 36751153 - INGRID ISABEL TELLEZ

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

Código de Seguridad
K789Q1W19961

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CHACHINOY BUESAQUILLO JOHN JAIRO

CC: 1124313445

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: b1414b55-f103-4eb3-8c41-252c1536bc2f

Nombres y apellidos / Full name: JOHN JAIRO CHACHINOY BUESAQUILLO

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 2 4 3 1 3 4 4 5

Fecha de nacimiento / Date of birth: 10/01/1989

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 0

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre Amarilla	Única	20	03	2009		NO REGISTRA	ESE HOSPITAL Pio XII	NO REGISTRA
TD Adulto	Primera	31	08	2019		NO REGISTRA	ESE HOSPITAL Pio XII	NO REGISTRA
TD Adulto	Segunda	25	06	2021		2338L024F	ESE HOSPITAL Pio XII	ROSA ELENA JAJOY JUAGIBIOY
COVID MODERNA	Primera	11	08	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	059D21A	EL CARMEN DE ATRATO ESE HOSPITAL SAN ROQUE	GLORIA JANETH CAICEDO

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

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

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

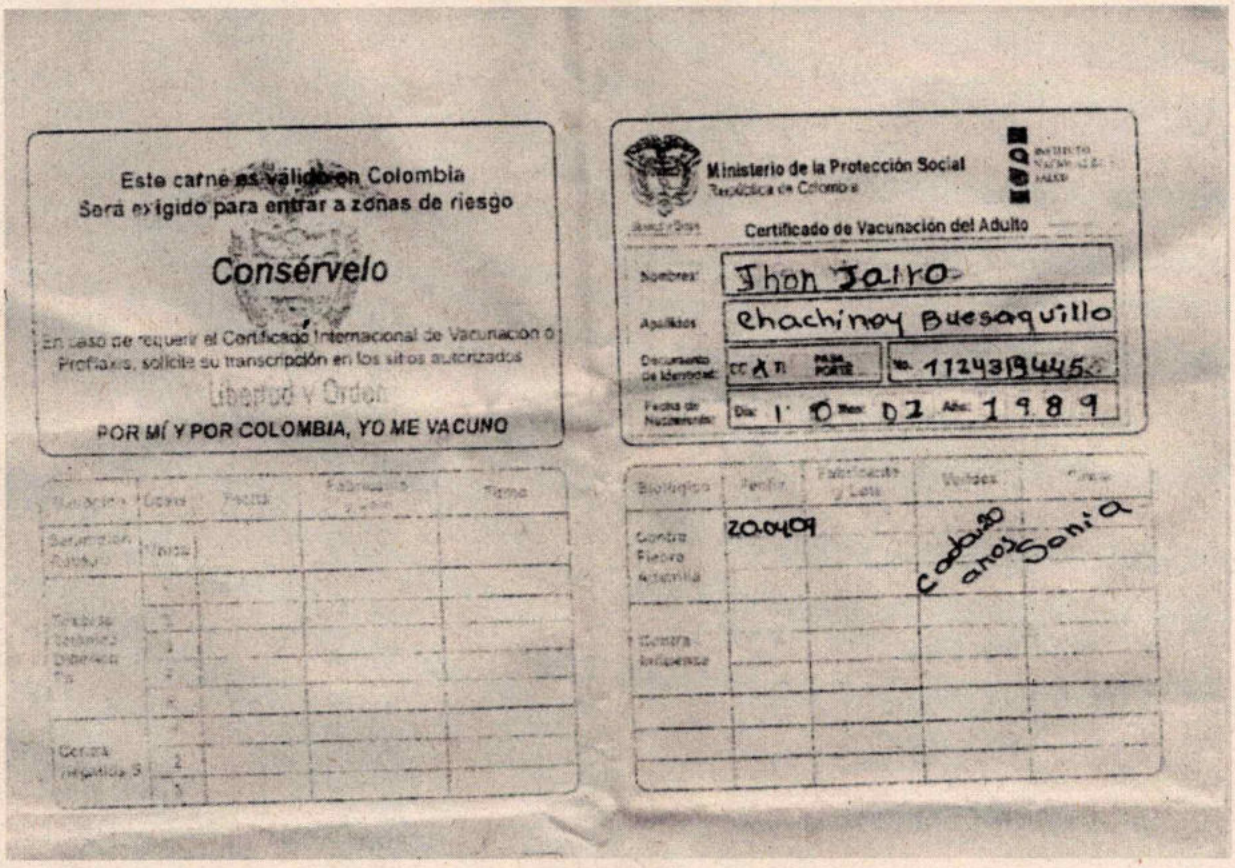
El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

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

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

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

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



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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Vacunación	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Fiebre Amarilla	Única			
Difteria Tétanos	1			
	2			
	3			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jhon Jairo

Apellidos: Chachinoy Buesaquillo

Documento de Identidad: CC ☒ TI ☐ PASAPORTE ☐ No. 1124319445

Fecha de Nacimiento: Día: 1 Mes: 02 Año: 1989

Biológico	Dosis	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla		20.0409	Cobijo 10 años	Sonia
Contra Influenza				

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
DIEGO FERNANDO CAICEDO CAICEDO	C.C.	1,134,579,054	27/02/2026	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 25 de febrero de 2026 a las 05:52:23 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 2015

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 beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Caicedo	Segundo apellido: Caicedo	Primer nombre: Diego	Segundo nombre: Fernando

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
C.C.	1134579054	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [X] Transexual [ ] No Binario [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
Colombiano	País: Colombia		Departamento: Nariño		Municipio: Cumbitara		21/01/2000

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 9 # 22-34		3166107793	diegocaicedo2004@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	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							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	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			

	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 o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
Dirección: Cra 7 # 156-76	5291074		Bteí	Bteí

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
	27 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

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de afiliados Colectivo, Institucional o de Oficio
Diego Caicedo	TEMPORALES INTEGRALES Aliado en Personal NIT 800 375 692-8

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 arctículo 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 27 mes 02 año 2026

Municipio Cumbitara Departamento Nariño

Firma del Afiliado Diego 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

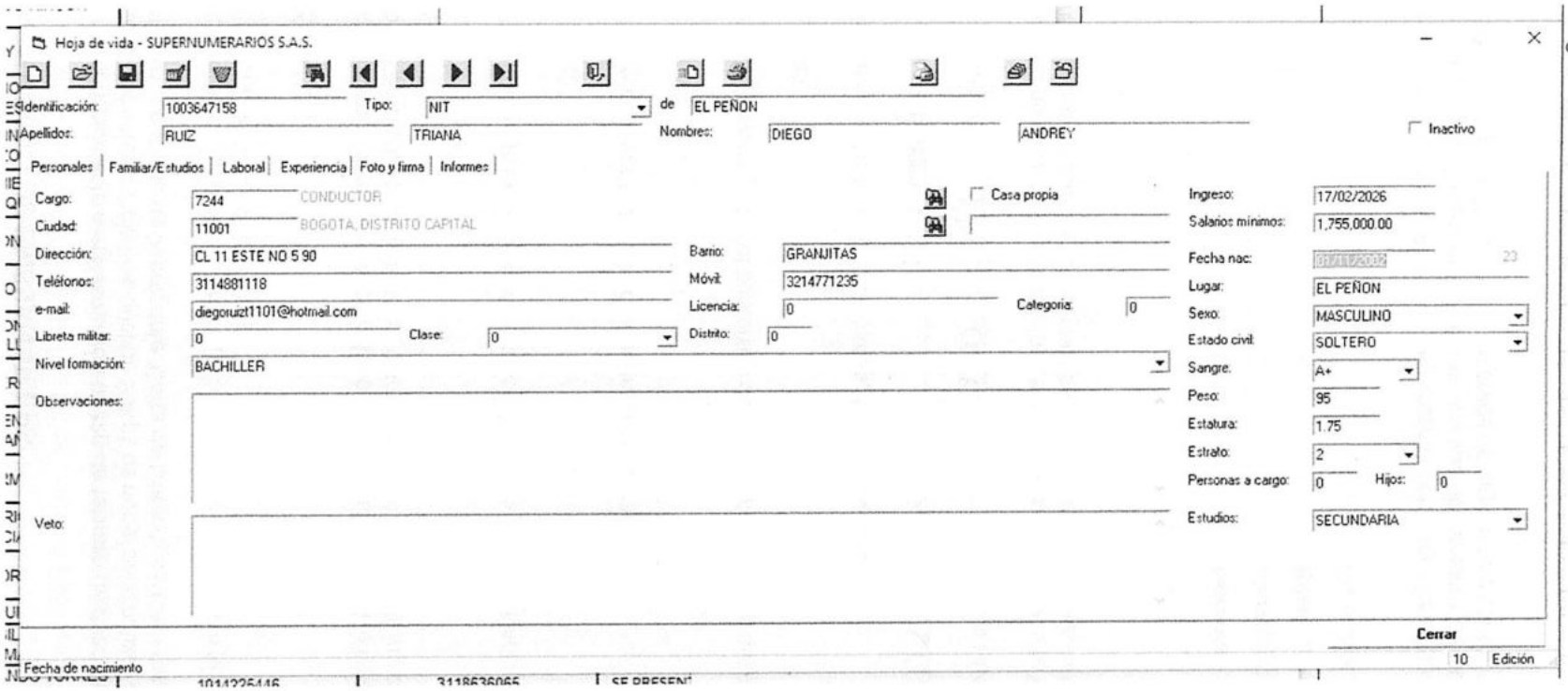
Nombre: _____

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.


Hoja de vida - SUPERNUMERARIOS S.A.S.
Identificación: 1003647158
Tipo: NIT
de EL PEÑON
Apellidos: RUIZ TRIANA
Nombres: DIEGO ANDREY
Inactivo
Personales | Familiar/Estudios | Laboral | Experiencia | Foto y firma | Informes
Cargo: 7244 CONDUCTOR
Ciudad: 11001 BOGOTA, DISTRITO CAPITAL
Dirección: CL 11 ESTE NO 5 90
Barrio: GRANJITAS
Teléfonos: 3114881118
Móvil: 3214771235
e-mail: diegoruizt1101@hotmail.com
Licencia: 0
Categoria: 0
Libreta militar: 0
Clase: 0
Distrito: 0
Nivel formación: BACHILLER
Observaciones:
Veto:
Casa propia
Ingreso: 17/02/2026
Salarios mínimos: 1,755,000.00
Fecha nac: 23
Lugar: EL PEÑON
Sexo: MASCULINO
Estado civil: SOLTERO
Sangre: A+
Peso: 95
Estatura: 1.75
Estrato: 2
Personas a cargo: 0
Hijos: 0
Estudios: SECUNDARIA
Cerrar
Fecha de nacimiento
10
Edición

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.134.579.054
CAICEDO CAICEDO
APELLIDOS
DIEGO FERNANDO
NOMBRES

Diego F. Caicedo
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-2004
CUMBITARA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

08-MAR-2022 SAN LORENZO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2312100-01296938-M-1134579054-20220511 0079279416A 1 56302343

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIEGO FERNANDO CAICEDO CAICEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.134.579.054**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 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	CAICEDO	DIEGO FERNANDO	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. 1134579054	28 / 02 / 2004	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 9 22 34	3106107793	Primaria Secundaria X Técnico Tecnologico Universitario PostGrado Ninguno
Correo eletronico: diegocaicedo2004@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 27 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° Resgaldo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

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

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

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

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

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

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

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

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

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

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

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR
ANGIE PEDRO TEMPORALES INTEGRALES NIT 900.375.602	Diego 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"

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° 54.234

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	02 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS I

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

TEMPORALES INTEGRALES S A S

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CAICEDO CAICEDO DIEGO FERNANDO	MASCULINO	21 AÑOS 11 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	1134579054 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
28/02/2004	3106107793	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	73.30	172.00	24.78 - 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	✓

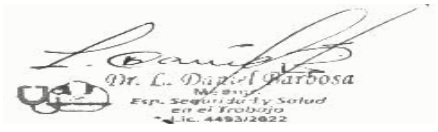
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	DIETA BALANCEADA
	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	
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES	
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE 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

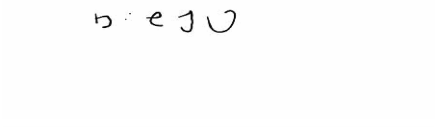
Firma: 

Nombre: CC: 1082839318 - LUIS DANIEL BARBOSA

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

Código de Seguridad
P789V1B54234

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: CAICEDO CAICEDO DIEGO FERNANDO

CC: 1134579054

TEMPORALES INTEGRALES	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN	
NIT 900.375.602-8	GESTIÓN DE CALIDAD	
Código: SG-SST-F-018	Versión: 1	Fecha: 02/Mar/2017

NOMBRE x Diego Fernando Caicedo Caicedo
CEDULA x 1134549054
FECHA x

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD	RECIBE	
			SI	NO
camis	M	2		
Dund	32	2	4	
Casco		1		
botas		1		
Guant		1		
Gafas		1		
Uniformes		1		

LOS ELEMENTOS AQUÍ ENTREGADOS SON DE USO OBLIGATORIO

EL NO USO DE LOS MISMOS ACARREA SANCIONES DISCIPLINARIAS

Recuerde:

Dentro del reglamento interno de trabajo está constituido que es obligación del trabajador el uso adecuado de sus elementos de protección personal y dotación mientras está realizando las labores para lo cual fue contratado, de igual manera es su responsabilidad procurar el cuidado integral de los elementos de protección personal y dotación.

En caso de pérdida o daño de los elementos anteriormente mencionados, el trabajador tendrá que hacer la reposición del elemento para su respetivo uso, además el no uso de la dotación es causal de perder el derecho a obtenerla nuevamente.

FIRMA x Diego
CEDULA x 1134 549 054



POR SU SEGURIDAD PERSONAL Y LA TRANQUILIDAD DE SU FAMILIA

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE: Diana Murcia	NOMBRE: Liliana Peralta	NOMBRE: Liliana Peralta
CARGO: Coor SST	CARGO: Gerente General	CARGO: Gerente General
FECHA: 02/Marzo/2017	FECHA: 02/Marzo/2017	FECHA: 02/Marzo/2017

Powered by CamScanner

SAOS ALTURAS SAS
NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 18479

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO A:

DIEGO FERNANDO CAICEDO CAICEDO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1134579054

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 11 marzo 2025, se expide en Bogotá el 11 marzo 2025

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

SAMUEL SANCHEZ FIGUEROA
RES No. 1954 02/10/2017

EMPRESA: TEMPORALES INTEGRALES S A S
REP. BELTRAN GUALTEROS EDUARDO
NIT: 900375602-8
ARL: AXA COLPATRIA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

SAOS ALTURAS S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

NOMBRE:
DIEGO FERNANDO CAICEDO CAICEDO

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 1134579054

EXPEDICIÓN
11 de marzo de 2025

CONSECUTIVO
TSA-18479

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

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
JUAN CAMILO QUILA PAREDES	C.C.	1,110,283,808	27/02/2026	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 25 de febrero de 2026 a las 05:52:09 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. 901.031.565-8
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
	D D M M A A A A

Cuidemos de tiendada 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: Quila	Segundo apellido: Paredes	Primer nombre: Juan	Segundo nombre: Camilo

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
C.C.	1110283908	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	Valle		Cali	01 30 31 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
		SI [ ] NO [ ]	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
Colpatria	Protección	$1.750.905	

26. Residencia			
Dirección: Calle 14 # 22-18	Teléfono fijo	Teléfono celular: 3202036116	Correo electrónico: camilo34paredes@gmail.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			
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	

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 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
	27/01/2026	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

Juan Avila

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

TEMPORALES INTEGRALES Su Aliado en Personal

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

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 27 mes 02 año 2026

Municipio Sibundoy Departamento Putumayo

Firma del Afiliado Juan Avila 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
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.110.283.808**

QUILA PAREDES

APELLIDOS

JUAN CAMILO

NOMBRES

Juan Quila

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAR-2004**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

04-MAR-2022 SIBUNDOY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401900-01296855-M-1110283808-20220511 0079272672A 1 55156845

FIRMA CLIENTE

Protección

Nit. 800.138.188-1

Fecha de Solicitud

Año Mes Día

Pensión Obligatoria ☒ Pensión Voluntaria ☐ Cesantías ☐

Nombre producto voluntario: Juan camilo Quila

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: 1.110.283.808

Nombre completo

Juan camilo Quila

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

Juan Quila

Huella

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 Obligatorio).

Nombre completo Asesor Comercial

Número documento de identidad

Firma representante Legal

Nombres y apellidos JUAN PABLO ARANGO BOTERO

Powered by CamScanner

	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:
QUILA	PAREDES	JUAN CAMILO	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. 1110283808	30 / 03 / 2004	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 14 22 18	3202036116	Primaria ☐ Secundaria X Técnico ☐ Tecnologico ☐ Universitario ☐ PostGrado ☐ Ninguno ☐
Correo eletronico: camilo34paredes@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 27 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° Resgaldo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

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

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

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

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

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

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

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

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

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

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

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR
ANGIE PAOLA PINZON PINZON	Juan Quila	

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° 54.150

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 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	
QUILA PAREDES JUAN CAMILO	MASCULINO	21 AÑOS 11 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	1110283808 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
03/03/2004	3202036116	SECUNDARIA	B +	SOLTERO(A)	46.00	156.00	18.90 - 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
U789A1G54150

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: QUILA PAREDES JUAN CAMILO

CC: 1110283808

TEMPORALES INTEGRALES	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN	
NIT 900.375.602-8	GESTIÓN DE CALIDAD	
Código: SG-SST-F-018	Versión: 1	Fecha: 02/Mar/2017

NOMBRE x Juan Camilo Quila

CEDULA x 1110283808

FECHA x 26 Febrero 2026

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD	RECIBE	
			SI	NO
Camise	M	2		
Pantal	32	2		
Botas	40	1		
casco		1		
Impermeable		1		
casco		1		
guantes		1		

LOS ELEMENTOS AQUÍ ENTREGADOS SON DE USO OBLIGATORIO

EL NO USO DE LOS MISMOS ACARREA SANCIONES DISCIPLINARIAS

Recuerde:

Dentro del reglamento interno de trabajo está constituido que es obligación del trabajador el uso adecuado de sus elementos de protección personal y dotación mientras esté realizando las labores para lo cual fue contratado, de igual manera es su responsabilidad procurar el cuidado integral de los elementos de protección personal y dotación.

En caso de pérdida o daño de los elementos anteriormente mencionados, el trabajador tendrá que hacer la reposición del elemento para su respetivo uso, además el no uso de la dotación es causal de perder el derecho a obtenerla nuevamente.

FIRMA x Juan Quila

CEDULA x 1110283808



POR SU SEGURIDAD PERSONAL Y LA TRANQUILIDAD DE SU FAMILIA

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE: Diana Murcia	NOMBRE: Liliana Peralta	NOMBRE: Liliana Peralta
CARGO: Coor SST	CARGO: Gerente General	CARGO: Gerente General
FECHA: 02/Marzo/2017	FECHA: 02/Marzo/2017	FECHA: 02/Marzo/2017

Powered by CamScanner

SOLINPRO
SOLUCIONES INTEGRALES DE PROYECTOS S.A.S.

San francisco, 27 de febrero de 2026

Señor:
JUAN CAMILO QUILA PAREDES
Ayudante de obra

Ref: Notificación de no autorización para trabajo en alturas

Cordial saludo

Por medio del presente comunicado se deja constancia que el trabajador **JUAN CAMILO QUILA PAREDES**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.110.283.808, quien se desempeña en el cargo de Ayudante de obra, no realizará labores en alturas dentro de la empresa mientras termina el curso de alturas.

Atentamente,

ANDRES RAMIREZ
Ingeniero Coordinador
SOLINPRO S.A.S

Juan Quila
JUAN CAMILO QUILA P.
Trabajador

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
OMAR GIRALDO RUIZ ROSERO	C.C.	1,122,786,770	27/02/2026	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 26 de febrero de 2026 a las 10:15:51 a. 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 2015

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 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 beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Ruiz	Segundo apellido: Rosero	Primer nombre: Omar	Segundo nombre: Giraldo

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
C.C.	1122786770	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	Cauca		Patia			01/01/1999

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	Colpensiones	$1.750.905	

26. Residencia				
Dirección: Calle 3 # 0A-06	Teléfono fijo	Teléfono celular: 3232509020	Correo electrónico: giraldo12ruiz@gmail.com	
Departamento: Putumayo	Municipio/ Distrito: Sibundoy	Localidad/Comuna	Zona: 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	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: 5259074	Correo electrónico	Departamento: Bta	Municipio/Distrito: Bta

emsanar

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
	21/01/2026	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

Omar Ruiz

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

TEMPORALES INTEGRALES Su Aliado en Personal NIT 900.379.602-8

81. Apoderado 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 arcticulo 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 27 mes 02 año 2026

Municipio Sibundoy Departamento Putumayo

Firma del Afiliado Omar Ruiz 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
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.786.770

APELLIDOS
RUIZ ROSERO

NOMBRES
OMAR GIRALDO



Omar Ruiz
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1999
PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

02-AGO-2017 SIBUNDOY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

A-6401900-01525421-M-1122786770-20250922 0147771234H 2 8516810663

	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:
RUIZ	ROSERO	OMAR GIRALDO	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. 1122786770	07 / 06 / 1999	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
CLL 3 04 06	3232509020	Primaria Secundaria X Técnico Tecnologico Universitario PostGrado Ninguno
Correo eletronico: giraldo12ruiz@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 27 Mes 02 Año 2026
Casado (a) Divorciado (a) Union Libre	Arriendo X Hipoteca	NO X	Discapacidad ¿Cual?	

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

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

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

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

Tipo de Identificación	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 / INDETERMINADO

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

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

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

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

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

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

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

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

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

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

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

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

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

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

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR
ANGIE TEMPORALES INTEGRALES NIT 900.375.602	Omar Ruiz	

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"

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OMAR GIRALDO RUIZ ROSERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1122786770,** se encuentra afiliado/a desde **06/07/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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° 54.175

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 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	
RUIZ ROSERO OMAR GIRALDO	MASCULINO	26 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1122786770 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
07/06/1999	3232509020	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	58.00	161.00	22.38 - 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:

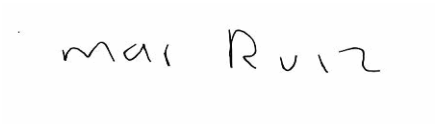
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	CONTINUAR CAPACITACIONES	DIETA BALANCEADA
	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			Aspirante o Trabajador
Firma:			**Firma:** 
Nombre:	CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA		**Nombre:** RUIZ ROSERO OMAR GIRALDO
R. M.: 2443	**L.S.O.:** 2382	**Código de Seguridad** K789Q1W54175	**CC:** 1122786770

TEMPORALES INTEGRALES	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN	
NIT 900.375.602-8	GESTIÓN DE CALIDAD	
Código: SG-SST-F-018	Versión: 1	Fecha: 02/Mar/2017

NOMBRE x Omar Ruiz

CEDULA x 1122786770

FECHA x 26-02-2026

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD	RECIBE	
			SI	NO
Camisa	M	2		
Pantalon	34	2		
Botas	40	1		
Gafas		1		
Impermeable		1		
Casco		1		
Guantes		1		

LOS ELEMENTOS AQUÍ ENTREGADOS SON DE USO OBLIGATORIO

EL NO USO DE LOS MISMOS ACARREA SANCIONES DISCIPLINARIAS

Recuerde:

Dentro del reglamento interno de trabajo está constituido que es obligación del trabajador el uso adecuado de sus elementos de protección personal y dotación mientras está realizando las labores para lo cual fue contratado, de igual manera es su responsabilidad procurar el cuidado integral de los elementos de protección personal y dotación.

En caso de pérdida o daño de los elementos anteriormente mencionados, el trabajador tendrá que hacer la reposición del elemento para su respetivo uso, además el no uso de la dotación es causal de perder el derecho a obtenerla nuevamente.

FIRMA x Omar Ruiz

CEDULA x 1122786770



POR SU SEGURIDAD PERSONAL Y LA TRANQUILIDAD DE SU FAMILIA

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE: Diana Murcia	NOMBRE: Liliana Peralta	NOMBRE: Liliana Peralta
CARGO: Coor SST	CARGO: Gerente General	CARGO: Gerente General
FECHA: 02/Marzo/2017	FECHA: 02/Marzo/2017	FECHA: 02/Marzo/2017

Powered by CamScanner

SOLINPRO
SOLUCIONES INTEGRALES DE PROYECTOS S.A.S.

San francisco, 27 de febrero de 2026

Señor:
OMAR GIRALDO RUIZ ROSERO
Ayudante de obra

Ref: Notificación de no autorización para trabajo en alturas

Cordial saludo

Por medio del presente comunicado se deja constancia que el trabajador **OMAR GIRALDO RUIZ ROSERO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.122.786.770, quien se desempeña en el cargo de Ayudante de obra, no realizará labores en alturas dentro de la empresa mientras termina el curso de alturas.

Atentamente,

ANDRES RAMIREZ
Ingeniero Coordinador
SOLINPRO S.A.S

OMAR GIRALDO RUIZ R.
Trabajador

Medellín, 27 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ROCK DRILL GROUP S. A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000003 MANTENIMIENTO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1232596547	QUINTERO BUITRAGO ANTONIO	01/03/2026		20224918	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/02/2026 11:56:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.183.203.152, 192.230.104.2, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/02/2026, el empleador ROCK DRILL GROUP SAS identificado con NIT número 900439864 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10041938	27/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1232596547	ANTONIO QUINTERO BUITRAGO	2121826	MECANICO DE EQUIPO DE CONSTRUCCION	2026-03-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 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:

ANTONIO QUINTERO BUITRAGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.232.596.547**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Febrero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

Radicado No.
Fecha de creación : 27/02/2026 01:36:13 PM
Fecha de radicación : 27/02/2026 01:36:00 PM
ITD_202602271336_1232596547

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
NIT 900439864	7	ROCK DRILL GROUP SAS

Sucursal	Agencia
PRI - ROCK DRILL GROUP SAS	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.232.596.547	2018/05/22	NORTE DE SANTANDER	CUCUTILLA	1974/09/03

Nombres y apellidos			
ANTONIO		QUINTERO	BUITRAGO

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	CASADO(A)	CL 12 10 10	CENTRO

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
LEBRIJA	SANTANDER	URBANA		3134237279

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
ANTOQ1974@GTMAIL.COM	TÉCNICO/TÉCNOLÓGICO

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2026/03/01	MECANICOS Y REPARADORES DE MAQUINAS AGRICOLAS E INDUSTRIALES

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	VARIABLE	2,121,826	0	2,121,826

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
LEBRIJA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M, F o NB	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

Medio de pago		¿Cuenta con certificado bancario?		Tipo de cuenta		Número de cuenta	

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino
(NB) No binario

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Al diligenciar este formulario autorizo a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander, ubicada en la Avenida González Valencia No. 52-69 de Bucaramanga y con teléfono de contacto 607 6577000, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, consignados en este medio y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento, con el fin de que sean consultados y reportados en centrales de riesgo, transmitidos y transferidos nacional e internacionalmente, usados para contactarme para adelantar gestiones de cobro y/o enviar mensajes publicitarios o comerciales, a través de los canales: correo electrónico, correspondencia, llamada telefónica, aplicaciones web y mensajes SMS; y en general para las demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información disponible en www.comfenalcosantander.com.co la cual declaro conocer y saber que en esta se especifican cuáles datos sensibles. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Igualmente declaro que poseo autorización de los otros titulares de datos que suministro (Beneficiarios, Grupo Familiar, Dependientes, entre otros), para que Comfenalco Santander les dé tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la Política mencionada.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

ROCK DRILL GROUP SAS
Firma del empleador
Número documento empleador 900439864

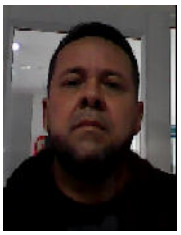
ANTONIO QUINTERO BUITRAGO
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.232.596.547

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-02-25

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	ROCK DRILL GROUP S.A.S	Actividad económica:	Alimentos
Nombre:	ANTONIO QUINTERO BUITRAGO	Documento:	CC 1232596547
Fecha de nacimiento:	1974-09-03	Lugar de nacimiento:	SAN CRISTOBAL TACHIR (VENEZUELA)
Edad:	51 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Casado	No. hijos vivos:	4
Dirección actual:	SAN FRANCISCO PUTUMAYO	Municipio:	SAN FRANCISCO
Teléfono:	3134237279	Escolaridad:	Tecnico_completo
Ocupación:	MECANICO	EPS:	Nueva EPS
AFP:	NO SABE	ARL:	NO SABE
RH:	B+		
Responsable**:	MARITZA FONSECA (PRIMA)	Teléfono:	3214542315
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.
Refiere tener 2 dosis de vacunación covid 19, no aporta carnet

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO APLICA.
Audiometría:	NO APLICA.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ANTONIO QUINTERO BUITRAGO con documento de identificación No. 1232596547 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de MECANICO del sector económico Alimentos

RECOMENDACIONES MEDICO LABORALES

1. Pausas activas acorde al SG-SST instaurado por la empresa.

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Continuar con los controles anuales por optometría para revisión de la fórmula de lentes.

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

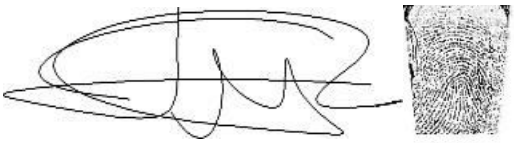
CLASIFICACIóN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MÉDICO: En el examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que se encontró una agudeza visual adecuada para el desempeño de la ocupación actual.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



LUZ ANGELA ROSERO PANTOJA
MEDICA GENERAL
U. DE MANIZALES
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
U. DEL BOSQUE
LICENCIA N. 13064-2018



Firma para identificación de usuario
ANTONIO QUINTERO BUITRAGO
Documento: 1232596547

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: elizabeth.cruz
Fecha: 2026-02-27 Hora: 11:42

	ASIGNACION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, EQUIPOS DE ALTURAS Y DOTACION	CODIGO:HSE-R-04
		FECHA: 11/08/2022
		VERSION 02
		Pág. 1 de 1

NOMBRE TRABAJADOR: Antonio Quintero B. **CARGO:** Mecánico

PROYECTO DESTINO: San Francisco **FECHA DE ASIGNACION:** 01 de marzo de 2026

RESPONSABLE DE ENTREGA: William Manrique **CARGO RESPONSABLE DE ENTREGA:** Supervisor de Obra

Marcar con una (X) según criterio

ENTREGA DE DOTACIÓN

ITEM	SI	N/A	CANT	UND (par ò und)	LOGO Si/No	TALLA	OBSERVACIONES
CAMISA MANGA LARGA							
PANTALON							
OVEROL	✓		2	und			
BOTAS DE MATERIAL PUNTERA	✓		1	und			
BOTAS DE CAUCHO	✓		1	und			
BOTAS TIPO SOLDADOR							
ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS							
GORRO TIPO MONJA	✓						
CASCO	✓						
BARBUQUEJO							
GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	✓						
GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	✓						
TAPA BOCAS BASICO							
MASCARA MEDIA CARA 3M							
FILTROS PARA MATERIAL PARTICULADO							
FILTROS PARA GASES Y VAPORES							
FILTROS HUMOS METALICOS							
PROTECTOR AUDITIVO DE INSERSION	✓						
PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	✓						
GUANTES DE VAQUETA	✓						
GUANTES DE NITRILO DE TELA	✓						
GUANTE DE NITRILO CORTO VERDE							
GUANTE DE NITRILO LARGO VERDE							
GUANTE DE CARNAZA	✓						
MANGAS DE VAQUETA							
PETO							
CARETA - ESMIRIL / SOLDADOR							
IMPERMEABLE							
ARNES EN ( )							
MOSQUETON ALUMINIO							
MOSQUETON ACERO							
ID O RIG (_____)							
ARRESTADOR (_____)							
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO							
ESLINGA CON ABSORBEDOR							
LINEA DE VIDA X 30 METROS (___ mm)							
LINEA DE TRABAJO X 30 METROS (___ mm)							
LINEA DE VIDA X 60 METROS (___ mm)							
LINEA DE TRABAJO X 60 METROS (___ mm)							
LINEA DE VIDA X 100 METROS (___ mm)							
LINEA DE TRABAJO X 100 METROS (___ mm)							
CINTA DE ANCLAJE (_____mts)							
TIE OFF							
PIN DE ANCLAJE							

Como trabajador manifiesto que: Cada elemento y/o equipo de protección personal y de protección contra caídas, que me ha sido suministrado y que consta en este documento, es y será de la empresa en todo momento. En caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de un nuevo elemento y/o equipo, me comprometo a efectuar la devolución de cada elemento aquí relacionado y/o cuando la empresa me lo solicite. En caso de no devolver o perder alguno de los elementos aquí relacionados, .me comprometo expresamente a asumir el reemplazo o el costo de los mismos y autorizo expresamente a la empresa, a descontar de mi salario y/o liquidación, el valor del elemento que no entregue o pierda.

En caso de daño de cualquier elemento el trabajador deberà informar al supervisor o vigia HSE que se encuentre en el proyecto.

NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR: Antonio Quintero B.

CARGO: Mecánico

FIRMA: 

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
NICOLAS LEON DIAZ	C.C.	1,100,892,894	27/02/2026	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 25 de febrero de 2026 a las 05:51:46 p. m.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016425898	2|7|0|2|2|0|2|6

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
LEON (Primer apellido)	DIAZ (Segundo apellido)	NICOLAS (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1100892894	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		2|7|1|0|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	2381400	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 34 56 12	6746688		NICOLASLEON34@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

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

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPORALES INTEGRALES SAS	NIT	900375602	01

59.Ubicación

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

No de Radicacion
4016425898

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|7|0|2|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS



80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario



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

X.ANEXOS

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

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

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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:

NICOLAS LEON DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.892.894**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 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:
LEON	DIAZ	NICOLAS	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. 1100892894	27	10	1991	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
KM 24 VIA LA COSTA	3103093163	Primaria Secundaria X Técnico Tecnologico Universitario PostGrado Ninguno
Correo eletronico: nicolasleonruiz1991@hotmail.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 27 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
ANGIE LEON TEMPORALES INTEGRALES NIT 900.375.602-6		

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° 54.270

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 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	
LEON DIAZ NICOLAS	MASCULINO	34 AÑOS 3 MESES 30 DÍAS	CC (Tipo)	1100892894 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
27/10/1991	3103093163	SECUNDARIA	A +	UNIÓN LIBRE	100.00	172.00	33.80 - OBESIDAD GRADO

Cargo
OPERADOR DE MAQUINARIA

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

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

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

Código de Seguridad
K789Q1W54270

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LEON DIAZ NICOLAS

CC: 1100892894

TEMPORALES INTEGRALES	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y/O DOTACIÓN	
NIT 900.375.602-8	GESTIÓN DE CALIDAD	
Código: SG-SST-F-018	Versión: 1	Fecha: 02/Mar/2017

NOMBRE x NICOLAS LEON DIAZ

CEDULA x 1100892894

FECHA x 26-02-2026

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD	RECIBE	
			SI	NO
camisa	M	2		
pantalon	39	2		
botas	39	1		
casco		1		
impermeable		2		
gafas		1		
guantes		1		

LOS ELEMENTOS AQUÍ ENTREGADOS SON DE USO OBLIGATORIO

EL NO USO DE LOS MISMOS ACARREA SANCIONES DISCIPLINARIAS

Recuerde:

Dentro del reglamento interno de trabajo está constituido que es obligación del trabajador el uso adecuado de sus elementos de protección personal y dotación mientras esté realizando las labores para lo cual fue contratado, de igual manera es su responsabilidad procurar el cuidado integral de los elementos de protección personal y dotación.

En caso de pérdida o daño de los elementos anteriormente mencionados, el trabajador tendrá que hacer la reposición del elemento para su respetivo uso, además el no uso de la dotación es causal de perder el derecho a obtenerla nuevamente.

FIRMA x

CEDULA x 1100892894



POR SU SEGURIDAD PERSONAL Y LA TRANQUILIDAD DE SU FAMILIA

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE: Diana Murcia	NOMBRE: Liliana Peralta	NOMBRE: Liliana Peralta
CARGO: Coor SST	CARGO: Gerente General	CARGO: Gerente General
FECHA: 02/Marzo/2017	FECHA: 02/Marzo/2017	FECHA: 02/Marzo/2017

Powered by CamScanner

SAOS ALTURAS SAS
NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 15817

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO A:

NICOLAS LEON DIAZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1100892894

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 14 febrero 2025, se expide en Bogotá el 14 febrero 2025

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

OSCAR SAMUEL ABAUNZA ESPITIA
LIC. SST No.3985 02/11/2016

EMPRESA: TEMPORALES INTEGRALES S A S
REP. BELTRAN GUALTEROS EDUARDO
NIT: 900375602-8
ARL: AXA COLPATRIA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

SAOS ALTURAS S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

NOMBRE:
NICOLAS LEON DIAZ

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 1100892894

EXPEDICIÓN
14 de febrero de 2025

CONSECUTIVO
TSA-15817

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO



KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
HERNAN HUMBERTO CHINGAL JACANAMEJOY	C.C.	18,195,444	10/03/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,



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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 10 de marzo de 2026 a las 08:15:02 a. m.

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 8 de Marzo 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.

CERTIFICA

El(La) Señor(a) HERNAN HUMBERTO CHINGAL JACANAMEJOY identificado(a) con CC 18195444 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**15/03/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO DE SALUD LOS ANGELES**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes de marzo del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Comfamiliar del Putumayo

666853-18195444

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) CHINGAL JACANAMEJOY HERNAN HUMBERTO identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 18195444, trabajador de la empresa 900375602 - TEMPORALES INTEGRALES SAS, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-02-04 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 10 de Marzo 2026

Válida Por Treinta(30) días.



ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio