318

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800213173
Número Afiliación: 184415
Razón social: CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1000455052
Nombre: LAURA VANESSA SANCHEZ JIMENEZ
Fecha Ingreso: 20/04/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 1
Centro de trabajo: CTRAB 004
Tasa: 4.350
Fecha hora transacción: 17/04/2026 03:55:48 p. m.

319

Famisanar

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012835274

9012835274

30549488

Fecha de Radicación: 23 04 2026

1. CAUSA DEL TRAMITE

1. Tipo de cotizante	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Modalidad de cotización	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotización	7. Código
X	X	X	X	X		

8. AFILIACION 9. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (Use mayúsculas. Números de identificación sin puntos ni espacios. Fechas en formato dd/mm/aaaa)

10. Apellidos y nombres			
SANCHEZ	JIMENEZ	LAURA	VANESSA

11. Tipo de documento de identidad	12. Número del documento de identidad	13. Sexo (Código)	14. Fecha de nacimiento
CC	1000455052	X	13 11 2000

15. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio

16. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos provisionales)

16. Etnia	17. Discapacidad	18. Tipo de vinculación SGSSS	19. Grado de apoyo SGSSS	20. Grupo de poblacion especial
	X			

21. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	22. Administradora de Pensiones	23. Ingreso base de cotización - IBC	24. Fecha condición de pensionado
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS		$1.750.905	

25. Residencia

26. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo (Código)	31. Fecha identificación	32. Discapacidad

33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los demás miembros y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Parentesco	39. Sexo (Código)	40. Fecha identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento

Datos complementarios del beneficiario(a)

43. Parentesco	44. Etnia	45. Discapacidad	46. Grupo de población especial	47. Tipo de vinculación SGSSS	48. Grado de apoyo SGSSS	49. Discapacidad	50. Grupo de población especial

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Dirección	Teléfono	Localidad	Barrio	Teléfono otro sitio de contacto	52. Valor de la UPC del afiliado adicional

Observaciones

Localidad / Localidad

Firma del cotizante

320

CUIDAR LIMITADA | NT | 800213173

CRA 23 74 27 | Z117500 | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL

X

19 04 2026

CARGO: VIGILANTE

321

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1000455052
Nombres y Apellidos	LAURA VANESSA SANCHEZ JIMENEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	19/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código PUzj0xO6S

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

322

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **MATTOS RANGEL ALFONSO MANUEL**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.002.101.528, labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	20 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	NUEVA EPS
AFP	PORVENIR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

323

AXA COLPATRIA

COMPROBANTE DE MODIFICACIÓN DE INGRESO FUTURO

DATOS DE LA EMPRESA

Número de identificación: 800213173
Número Afiliación: 184415
Razón social: CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de identificación: CÉDULA
Número de identificación: 1002101528
Nombre completo: ALFONSO MANUEL MATTOS RANGEL
Fecha de transacción: 17/04/2026
Fecha novedad anterior: 18/04/2026
Fecha novedad nueva: 20/04/2026

324

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/04/2026, el empleador CUIDAR LTDA identificado con NIT número 800213173 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10249719	20/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1002101528	ALONSOMANUEL MATTOS RANGEL	1750905	VIGILANTE	2026-04-20

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

325

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1002101528
Nombres y Apellidos	ALFONSO MANUEL MATTOS RANGEL
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	20/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 8Oci3J0h5

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

326

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **MURILLO MOLANO IRI GILENA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.007.326.231**, labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	19 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	NUEVA EPS
AFP	PORVENIR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800213173
Número Afiliación:	184415
Razón social:	CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1007326231
Nombre:	IRI GILENA MURILLO MOLANO
Fecha Ingreso:	19/04/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 004
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	16/04/2026 05:24:04 p. m.

328

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/04/2026, el empleador CUIDAR LTDA identificado con NIT número 800213173 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10249721	20/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007326231	IRIGILENA MURILLO MOLANO	1750905	VIGILANTE	2026-04-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

329

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1007326231
Nombres y Apellidos	IRI GILENA MURILLO MOLANO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	19/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 31umiO4Y6

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

330

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **ACOSTA MAHECHA SANDRA MILENA,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.022.341.309,** labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	18 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	SANITAS
AFP	PORVENIR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

331

AXA COLPATRIA

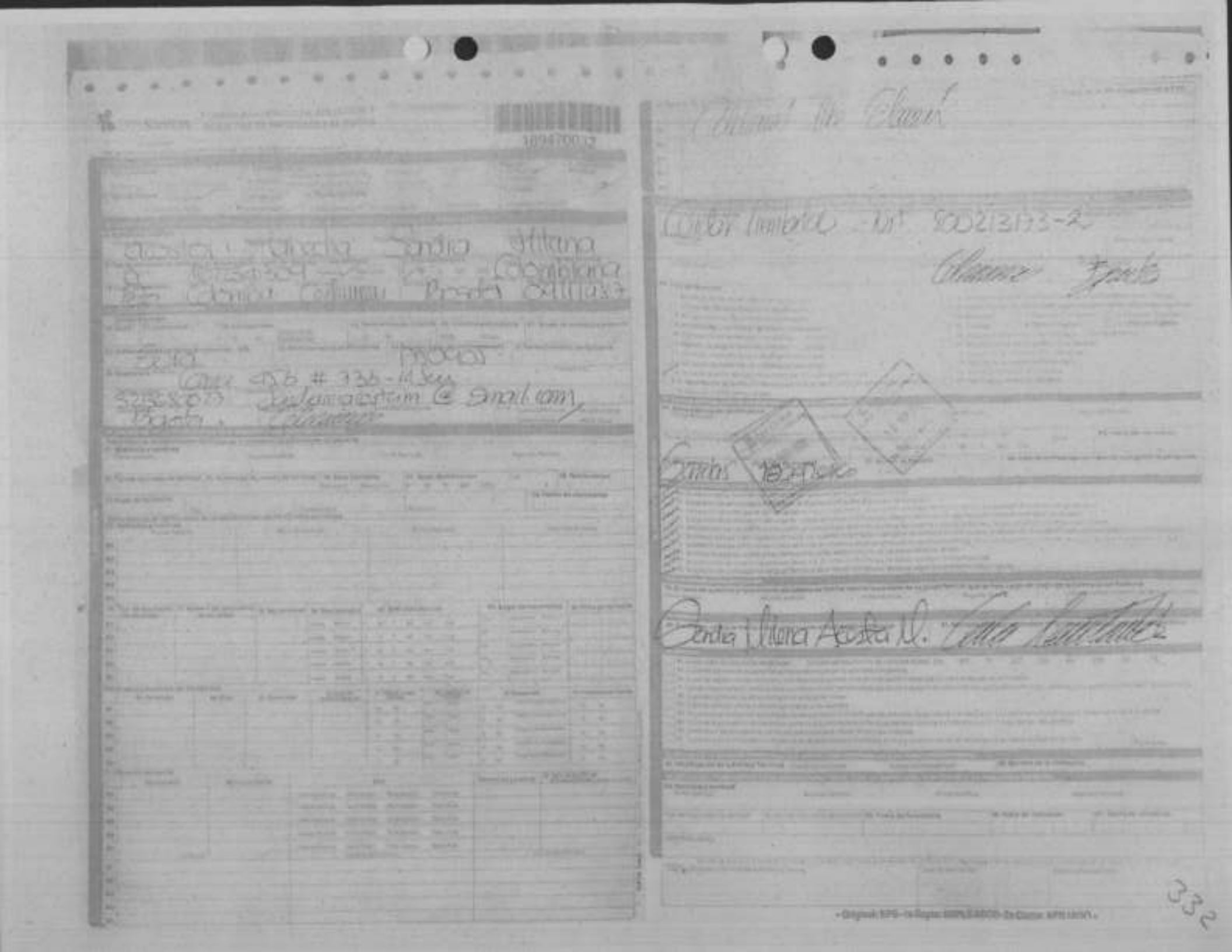
INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800213173
Número Afiliación:	184415
Razón social:	CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1022341309
Nombre:	SANDRA MILENA ACOSTA MAHECHA
Fecha Ingreso:	18/04/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 004
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	16/04/2026 05:35:33 p. m.



333

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1022341309
Nombres y Apellidos	SANDRA MILENA ACOSTA MAHECHA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	18/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a . este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 92RhWpqX5

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

334

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **POVEDA HUERTAS GERARDO ALONSO,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.023.000.059,** labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	18 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	FAMISANAR
AFP	PORVENIR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800213173
Número Afiliación: 184415
Razón social: CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1023000059
Nombre: GERARDO ALONSO POVEDA HUERTAS
Fecha Ingreso: 18/04/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 1
Centro de trabajo: CTRAB 004
Tasa: 4.350
Fecha hora transacción: 16/04/2026 04:59:26 p. m.

336

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012835277

9012835277

30549491

Fecha de Radicación: 23 04 2026

1. DATOS DEL TRABAJO

1. Tipo de Afiliado	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen	4. Cotizante Nº 5. Tipo de pensión	6. Tipo de Cotizante	7. Código
1. Dependiente X	1. Activo X	1. Contributivo X	1. Vejez	1. Dependiente X	
2. Pensionado por	2. Cesante con pensión	2. Subsidiado	2. Invalidez	2. Independiente	
	3. Cesante sin pensión	3. Excepción	3. Sobrevivencia	3. Pensionado	

A. APLICANTE B. DATOS BÁSICOS DEL BENEFICIARIO (en ningún caso) cónyuge o compañero(a) permanente

8. Apellidos y nombres

POVEDA	HUERTAS	GERARDO	ALONSO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1023000059	Femenino X / Masculino		

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				20 11 1994

C. DATOS LABORALES (Datos particulares)

16. Área	17. Colectivo	18. Discapacidad	19. Tipo de vinculación	20. Clasificación ocupación	21. Grupo de población especial
		X			

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa aportes con beneficios
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS		$1.750.905	

26. Observaciones

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (en NO LOS Punto A/B) Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y Nombres

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino / Masculino		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de sus vínculos adicionales

35. Apellidos y nombres

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

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Área	45. Convivencia	46. Grupo de población especial	47. Tipo vinculante	48. Clasificación ocupación	49. Discapacidad	50. Grupo étnico

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Localidad	Zona	Dirección	Barrio	Teléfono fijo	Teléfono fijo otro	Teléfono fijo otro	Teléfono fijo otro	Teléfono fijo otro	52. Envío de la GPS del afiliado adicional a correo electrónico

Observaciones

Localización y Ubicación

Firma del beneficiario

337

CUIDAR LIMITADA

NT 800213173

CRA 23 74 27

2117500

BOGOTA DISTRITO CAPITAL

X

18 04 2025

CARGO: VIGILANTE

336

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1023000059
Nombres y Apellidos	GERARDO ALONSO POVEDA HUERTAS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	18/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código nh8C2KtES

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

339

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **HERNANDEZ MORALES DUVAN FERNEY**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.023.021.923**, labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	18 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	CAPITAL SALUD
AFP	PROTECCION
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800213173
Número Afiliación: 184415
Razón social: CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1023021923
Nombre: DUVAN FERNEY HERNANDEZ MORALES
Fecha Ingreso: 18/04/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 1
Centro de trabajo: CTRAB 004
Tasa: 4.350
Fecha hora transacción: 16/04/2026 05:19:50 p. m.

341

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud
Te entiendo. Te atiendo

FORMULARIO No.

Número de Radicación | Fecha de Radicación

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☑
2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ☑ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ (Código: lo registra por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y Nombres completos: Hernandez (Primer apellido) | Morales (Segundo apellido) | Duvan (Primer nombre) | Ferney. (Segundo nombre)
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1023021123
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento: 2001-11-1997.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo (F / N / M): Condición (T / P):
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Colmena
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso Base de cotización - IBC: 7750905
18. Residencia: CL 136A N. 3-42 SUR | Teléfono: 3124874305 | Correo electrónico: hdmorales7@gmail.com
Departamento: Bogotá | Zona: Urbana ☐ Rural ☐ | Municipio: Bogotá | Localidad: Bogotá.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres completos: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01									
02									
03									
04									
05									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	Tipo M	Tipo N	Condición T	Condición P	32. Datos de residencia: Dirección de residencia	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Municipio / Localidad de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (lo registra por la EPS)
01													
02													
03													
04													
05													

Selección de la IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (lo registra por la EPS)

c		
d		
e		
f		

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

35. Nombre o razón social: Cuidar Limitada
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número de documento de identificación: 800213173-2
38. Tipo de aportante (lo registra la persona o la entidad que lo registra por la EPS)
39. Ubicación: Cra 23 N. 74-27. | Teléfono: 3106905301 | Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.com.co | Departamento: Bogotá D.C. | Municipio / Localidad: Bogotá D.C.

Scanned with CamScanner

342

capitalsalud

Tu entiendo. Te atiendo

FORMULARIO No.

Form 3 of 4

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 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 condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				2026/02/26

43. EPS anterior	44. Modalidad de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. 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.
- [ ] 51. 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 lo requieran.
- [ ] 52. 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.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El solicitante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, cotizante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
DUVAN HERNANDEZ	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
  Cantidad [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración asistida por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. 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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de calificación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones:

Cargo= Vigilante.
Fecha inicio relación laboral 20/04/2026.

Recuerda 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.

Scanned with CamScanner

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1023021923
Nombres y Apellidos	DUVAN FERNEY HERNANDEZ MORALES
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	18/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código A1QbPPQG5

Vigilado Supersubsidio

344

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **FONSECA GOMEZ BLANCA PILAR,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.024.467.074,** labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	19 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	SALUD TOTAL
AFP	PORVENIR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800213173
Número Afiliación: 184415
Razón social: CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1024467074
Nombre: BLANCA PILAR FONSECA GOMEZ
Fecha Ingreso: 19/04/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 1
Centro de trabajo: CTRAB 004
Tasa: 4.350
Fecha hora transacción: 16/04/2026 06:07:56 p. m.

346

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010675310	2(0)(1)(2)(0)(3)

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.Tipo de tramite — A. Afiliacion — B.Reporte de Novedades X
2.Tipo afiliante — A. Individual — Cotizante Coloque su huella X — Beneficiario afiliado adicional — B. Cabeza de familia — C. Institucional — D. Otro
3.Regimen — A.Contributivo X — B.Subsidiado
4.Contribución Solidaria — SI — No X
5. Tipo de afiliado — A. Cotizante X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. Tipo de cotizante — A. Dependiente X — B. Independiente — C. Pensionado
7.Codigo (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres — Primer apellido: FONSECA — Segundo apellido: GOMEZ — Primer nombre: BLANCA — Segundo nombre:
9.Tipo documento de identidad: CC
10.Número del documento de identidad: 1030467004
11.Sexo biológico — Femenino X — Masculino
12.Sexo identificación — F X — M — T — NB — Otro — Cual
13.Nacionalidad: COLOMBIA
14.Lugar Nacimiento — Pais: COLOMBIA — Departamento: BOGOTA — Municipio: BOGOTA
15.Fecha Nacimiento: [illegible]

M. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos generales

16.Etnia: N
17.Comunidad:
18.Discapacidad — SI — No X — Categoria Discapacidad:
19.Tiene encuesta SISBEN — SI — NO X
20.Clasificación SISBEN — Nivel — Grupo
21.Grupo población especial
22. Administradora de riesgos Laborales – ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR PTC
24. Ingreso base de cotización - IBC
25. Tarifa Contribución Solidaria
26.Residencia — Dirección: CR 97 N 67 D 16 — Teléfono fijo — Teléfono celular: [illegible] — Correo electrónico: BLANCAPLARYONDECKER@GMAIL.COM
Departamento: BOGOTA — Municipio/Distrito: BOGOTA — Localidad / comuna: [illegible] — Zona: Urbano cabecera municipal X — Urbano centro poblado — Rural dispersa — Rural rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACION 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 — Femenino — Masculino
31. Sexo identificación — F — M — T — NB — Otro — Cual
32. Nacionalidad
33.Lugar Nacimiento — Pais — Departamento — Municipio
34.Fecha Nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

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

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN: SI	No	48.Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49.Discapacidad: SI	No	Categoria	50.Desplazado Permanente: SI	No
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Rural rural	Telefono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								

	Direccion	Correo electronico	Correo Electronico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	[illegible]	[illegible]
1	-	-
2	-	-
3	-	-

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

55. Nombre o razón social: CUIDAR LTDA
56. Tipo de identificación: NIT
57. Número de documento de identificación: 800213175
58. Tipo de aportante (a registrar por la EPS): 01
59. Ubicación — Dirección: CR 97 NO 74 37 91 — Teléfono fijo o celular: [illegible] — Correo electrónico: DIRECCIONDESTINOHUMANO@GMAIL.COM — Departamento: BOGOTA — Municipio/Distrito: [illegible]

M-FYSA-FM01 V 1.0-2014

347

No de Radicacion
4016678310

II. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Identificación 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 inscripción en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a tercero 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 cónyuge 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 traslado 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) Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo Identificación F ☐ M ☐ Y ☐ HB ☐ Otro ☐ Cual	64. Fecha de nacimiento
☐				

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad 1999/02/09	67. Motivo de traslado Código: - ☐	68. Caja de Compensación Familiar a pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración de veracidad y exactitud de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.

71. ☐ Declaración de ocurrencia de hechos de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

72. ☒ Declaración de no inscripción 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 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 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 Decr ado 1377 de 2013.

76. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular para manejo 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 enmarca del Estado 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

Blanca Piba Tascon

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

81. El empleador apoderado o entidad responsable de la afiliación cotizante 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 emitida por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la sentencia judicial,acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara 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 unión 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 paternidad de la padre privilegio, o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita ante el cotizante sobre la ausencia de sus padres.
- ☐ 89.Copia de la suspensión de licencia 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 conceda 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad	97. Firma del funcionario
98. Fecha de Radicación	99. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones realizadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de los datos consignados.

348

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1024467074
Nombres y Apellidos	BLANCA PILAR FONSECA GOMEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	19/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 01rl4ZioS

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

399

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **AVILA CANTOR CRISTIAN ADRIAN,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.031.142.052,** labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	19 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	SALUD TOTAL
AFP	PORVENR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800213173
Número Afiliación:	184415
Razón social:	CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1031142052
Nombre:	CRITIAN ADRIAN AVILA CANTOR
Fecha Ingreso:	19/04/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 004
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	17/04/2026 04:15:56 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010875346	2009/03/05

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliado	3.Regimen	4.Continuidad Solidaria
A. Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A. Individual [ ] Cotizante Cabeza de familia [X] Beneficiario afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Ex oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo
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

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

8.Apellidos y nombres			
AVILA (Primer apellido)	CASTER (Segundo apellido)	CRISTINA (Primer nombre)	ADRIANA (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1031142602	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CALDAS	Municipio: LA DORADA	)		1981/07/2002

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	SI [ ] No [X]
0		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo poblacion especial
SI [ ] NO [X]	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
ARSEG/A DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A	PORVENIR PPC	1782000	

26.Residencia			
DG 80 17 2a SUR, Direccion	Telefono fijo	3016365381 Telefono celular	CRISTAREDAVILA@GMAIL.COM Correo electronico

BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	CIUDAD BOLIVAR Localidad / comuna	zona: Urbano cabecera municipal [X] Urbano centro poblado [ ] Rural disperso [ ] 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
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico	40.Sexo Identificación					41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
					F	M	T	NB	Otro	Cual	Pais	Departamento	Municipio	
01														
02														
03														
04														
05														

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Discapacidad Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural disperso	Zona: Resto rural	Telefono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del SISTEMA adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Direccion	Telefono	Correo Electronico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	HE CLINIC - UCO DENTOCLINICS CLIN	VENCAYA - DENTOCLAVA
2		
3		
4		

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. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CLICAR LTDA	NIT	8909131170	01

59.Ubicacion				
CR 22 BIS 74 37 31 Direccion	3108897391 Telefono fijo o celular	DIRECCIONBOGOTA@CLARAVACUDAR@GMAIL.COM Correo electronico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

MUPESAJ1001 V1.A.2010

352

No de Radicación
4016675345

III. 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 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 asignación de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS materno del padre
- [ ] 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 traslado 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 Femenino [ ] Masculino [ ]	63.Sexo Identificación F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad (AAAA/MM/DD)	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

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 documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

72. [X] Declaración de no información del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.

73. [X] Autorización para que la EPS solicite y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. [X] Autorización para que la EPS realice la información que se genere de la afiliación del aspirante de beneficiario a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley funciones lo requieran

75. [X] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con la previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76. [X] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico 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 los recibos 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,pensionado de familia o beneficiario

81. Representante autorizado o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

82.Anexo: Copia del documento de identidad: CE [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [0]

- [ ] 83. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia registro civil de nacimiento, 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 para 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 sustitución de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- [ ] 88.Documento en que conste la partida de la patria potestad, o el certificado 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 los autoridades competentes en lo que concierne la calidad de beneficiario y 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad	96.Firma del funcionario

97. 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, así como la veracidad de los demás información registrada.

355

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1031142052
Nombres y Apellidos	CRISTIAN ADRIAN AVILA CANTOR
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	19/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código HZAbJ9MS

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

354

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **NIETO ARENAS YURLEY KATHERINE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.033.696.465, labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	19 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	SALUD TOTAL
AFP	PORVENIR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800213173
Número Afiliación:	184415
Razón social:	CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1033696465
Nombre:	YURLEY KATHERINE NIETO ARENAS
Fecha Ingreso:	19/04/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 004
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	17/04/2026 04:40:13 p. m.

356

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4019678378	2/05/04/2010/20

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

1. Tipo de tramite — a. Afiliación ☐ — b. Registro de Novedades ☒
2. Tipo afiliado — A. Individual — Cotizante Cabeza de Familia ☒ — Beneficiario afiliado adicional ☐ — B. Institucional ☐ — C. Independiente ☐ — D. Sin afiliar ☐
3. Regimen — A. Contributivo ☒ — B. Subsidiado ☐
4. Cotización 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. Código (a registrar por la EPS)

II. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del peticionario - cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres: HIETO (Primer apellido) — ARENAS (Segundo apellido) — YURLEY (Primer nombre) — KATHERINE (Segundo nombre)
9. Tipo documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad
11. Sexo biológico: Femenino ☒ — Masculino ☐
12. Sexo identificación: F ☒ — M ☐ — T ☐ — NB ☐ — Otro ☐ — Cual
13. Nacionalidad: COLOMBIA
14. Lugar Nacimiento: País COLOMBIA — Departamento BOGOTA — Municipio BOGOTA
15. Fecha Nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia: 0
17. Comunidad
18. Discapacidad: SI ☐ — No ☒ — Categoría Discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN: SI ☐ — NO ☒
20. Clasificación SISBEN: Nivel — Grupo
21. Grupo población especial
22. Administradora de riesgos Laborales – ARL: MISION DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR PPC
24. Ingreso base de cotización – IBC
25. Tarifa Cotización Solidaria
26. Residencia — Dirección: DG 32 E 12 12 13 — Teléfono fijo — Teléfono celular: 3116853106 — Correo electrónico: YURITA2011@GMAIL.COM — Departamento: BOGOTA — Municipio/Distrito: BOGOTA — Localidad / comuna: FUENTE HUAVDA — Barrio — Urbana cabecera municipal ☒ — Urbana centro poblado ☐ — Rural dispersa ☐ — Rural nucleada ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad
29. Número documento identidad
30. Sexo biológico: Femenino ☐ — Masculino ☐
31. Sexo identificación: F ☐ — M ☐ — T ☐ — NB ☐ — Otro ☐ — Cual
32. Nacionalidad
33. Lugar Nacimiento: País — Departamento — Municipio
34. Fecha Nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

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

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. SISBEN: Nivel	Grupo	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría	50. Acreditación Permanencia: SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Nucleo rural	Teléfono Fijo y/o celular	53. Viene de la EPS del régimen subsidiado (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

	54. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	55. Código de la IPSIs registrar por la EPS
C	US AMERICAS - CMAR DEORTE PELTEK	USAMERICAS - CMARDEPORTE
01		
02		
03		

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

56. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensionado registrar por la EPS
USOAR LTDA	NIT	900210173	01

59. Ubicación: Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
DR 33 NO 11 27 31	3109961361	GREENHOUSE@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

35

No. de Radicación
4010678339

II. REPORTE DE NOVEDADES

80. 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 inscripción en la EPS
  Código: ☐
- ☐ 6. Traslado de régimen o de entidad administradora. 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 esta entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de esta 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 traslado 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

81. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	82. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	83.Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NR ☐ Otro ☐ Cual	84.Fecha de nacimiento
☐				

85.EPS anterior	86.Fecha de Novedad DD/MM/AAAA	87.Motivo de traslado Código: ☐	88.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 89. ☐ Declaración de dependencias económicas de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 90. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- 91. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- 92. ☒ Declaración de no afiliación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra modalidad (Prestadora de Salud).
- 93. ☒ 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.
- 94. ☒ 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 por ley tengan la facultad.
- 95. ☒ 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 la previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 96. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto.
- 97. ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- 98. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las cartas en Contribución Solidaria, según establecido en el Sistema.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

99. 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

Yurley Katherine Nieto

100. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

101. 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Folios ☐
- ☐ 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 unión 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 unión 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 otra entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de los subsidiados competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCION RESPONSABLE DE POBLACION 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 documento de identidad	Número documento de identidad	96. Firma del funcionario
☐		
97. 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, así como la veracidad de los datos información registrada.

358

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1033896465
Nombres y Apellidos	YURLEY KATHERINE NIETO ARENAS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	19/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 7ckrhBH8S

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

359

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **OSORIO CORREA JOHN FREDY,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.033.716.070,** labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	19 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	CAPITAL SALUD
AFP	PORVENIR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

360

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800213173
Número Afiliación:	184415
Razón social:	CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1033716070
Nombre:	JOHN FREDY OSORIO CORREA
Fecha Ingreso:	19/04/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 004
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	16/04/2026 05:41:08 p. m.

361

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud

FORMULARIO No.

Número de Radicación | Fecha de Radicación

Página 1 de 3

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☑
2. Tipo de Afiliante: A. Empleador ☐ B. Cotizante ☐ C. Pensionado ☐ D. Independiente ☐ E. Voluntario ☐ F. Otro ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☑ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ Código (lo registra por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos: Otero | Cortes | John | Freddy
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1032416410
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento: 23/11/1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F H M | Carácter T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Colpatria
16. Administradora de Pensiones: Protección
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1750905
18. Residencia: CL 137AN. 2-63 SUR | Teléfono: 3167751544 | Correo electrónico: freddyotero@hotmail.com
Bogotá | Zona: Urbana ☑ Rural ☐ | Barrio: Kennedy

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres completos: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01									
02									
03									
04									
05									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F H M	Carácter T P	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (lo registra por la EPS)
01										
02										
03										
04										
05										

Selección de la IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (lo asignará por la EPS)

c		
a		
s		
a		

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

35. Nombre o razón social: Avidar Limitada.
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 800213173-2
38. Tipo de aportante (lo registra la EPS)
39. Ubicación: CRA 73 N. 74-27 | 3106901301 | gestionhumana@cridan.com | Bogotá DC | Bogotá DC

Scanned with CamScanner

362

capitalsalud

Te entiendo. Te atiendo

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 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 condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Edad
		Femenino [ ] Masculino [ ]		26/04/1976

43. EPS anterior	44. Motivo de Retiro Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. 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.
- [ ] 51. 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.
- [ ] 52. 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.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular suma mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Otros
JOHN OSORIO	Maria Pia Cano

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
  Cantidad [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. 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
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración asumida por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación en salud.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de codificación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones:

Cargo - vigilante.
Fecha inicio relacion laboral = 20/04/2026.

Recuerda 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.

Scanned with CamScanner

385

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1033716070
Nombres y Apellidos	JOHN FREDY OSORIO CORREA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	19/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código kgQ1SnfiES

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

364

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **TELLEZ FONSECA SANDRA MILENA,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.071.579.194,** labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	18 de marzo de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	NUEVA EPS
AFP	PROTECCION
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

365

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800213173
Número Afiliación:	184415
Razón social:	CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1071579194
Nombre:	SANDRA MILENA TELLEZ FONSECA
Fecha Ingreso:	18/04/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 004
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	16/04/2026 06:02:29 p. m.

366

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/04/2026, el empleador CUIDAR LTDA identificado con NIT número 800213173 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10249724	20/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1071579194	SANDRAMILENA TELLEZ FONSECA	1750905	VIGILANTE	2026-03-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

367

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1071579194
Nombres y Apellidos	SANDRA MILENA TELLEZ FONSECA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	18/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código JHt0nUqw0i

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

368

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **CARRANZA HERNANDEZ JUAN CAMILO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.012.441.060**, labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	19 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	SALUD TOTAL
AFP	PROTECCION
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

369

AXA COLPATRIA

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. 184415 correspondiente a la empresa Cuidar Limitada.

Nombre	T. I	Número de identificacion	Fecha de inicio cobertura
JUAN CAMILO CARANZA SANCHEZ	C.C.	1,012,441,060	19/04/2026

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 viernes 17 de abril de 2026 a las 04:35:15 p. m.

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

370

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicación	Fecha de Radicación
4015679463	[illegible]

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

1. Tipo de trámite — 4. Afiliación [ ] 6. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo afiliado — A. Individual [X] — B. Colectivo [ ] — C. Institucional [ ] — Cotizante Cabeza de familia [X] — Beneficiario adicional [ ] — D. Pensionado [ ]

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

4. Cotización Solidaria — SI [ ] — No [X]

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

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

7. Código (a registrar por la EPS) — 1

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
CAMARGO	HERNANDEZ	JUAN	CAMILO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9. Tipo documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1013441002	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento				15. Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: 170	Departamento: BOYACA	Municipio: DUITAMA		[illegible]

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	SI [ ] No [X]
6		Categoría Discapacidad	

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo poblacional especial
SI [ ] NO [X]	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR PTO	1310000	

26. Residencia				
DG 64 T 2 A 62 SUR.. Dirección	Teléfono fijo	3222749499 Teléfono celular	JCAMARGO.ST@GMAIL.COM Correo electrónico	
BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	SUBA Localidad / comuna	30996	Urbana (abarca municipal) [X] Urbano centro poblado [ ] Rural dispersa [ ] Resto rural [ ]

N. 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	32. Nacionalidad	33. Lugar Nacimiento	34. Fecha Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual		País: Departamento: Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	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	País / Departamento / Municipio	
01							
02							
03							
04							
05							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. ENCUESTA SISBEN		48. CLASIFICACION SISBEN		49. Discapacidad			50. DESPLAZADO Reconocido	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoria	SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localización (barrio, vereda)	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

Solicitud de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud – IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	VB PASEO VILLA DEL RIO - VB PASEO VILLA DEL RIO	VBVILCARE - VBVILLADRI
1	-	-
2	-	-
3	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de Aportante (a registrar por la EPS)
CUIDARTE LTDA	NIT	830512173	01

59. Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
CR 10 NO 74 37 01	3108807001	DIRECCIONGESTH@MAPFRE.COM.CO	BOGOTA	BOGOTA

341

No de Radicacion
4010979451

II. REPORTE DE NOVEDADES

02. 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 inscripción de 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 sistema
- ☐ 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 cotización solidaria
- ☐ 21. Retiro de cotización solidaria

III. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

01. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	03. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	04. Sexo (identidad/a) F ☐ M ☐ T ☐ HB ☐ Otro ☐ Cual	05. Fecha de nacimiento

06. EPS anterior	08. Fecha de Novedad 19/04/2018	07. Motivo de traslado Código: ☐	09. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☐ Declaración 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 impidan la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- 72. ☒ Declaración de no inscripción 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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 celular como mensaje de texto
- 77. ☐ Aceptación de las condiciones para ingresar a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las bolsas en Contribución Solidaria, según establece el Sistema vigente

VII. 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

Camilo Carranza

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

81. 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 ☐ PE ☐
  Cantidad ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: ☐
- ☐ 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 declara la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que disuelve el divorcio ,sentencia judicial para que disuelva la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declara la terminación de la unión 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 petición de la parte peticionaria, o el certificado 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 conste 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

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

372

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1012441060
Nombres y Apellidos	JUAN CAMILO CARRANZA HERNANDEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	19/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código: 8f1kLv5KB

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

373

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **CARMONA ORTIZ THALIA ARIADNA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.022.923.136, labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	20 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	FAMISANAR
AFP	PROTECCION
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

374

AXA COLPATRIA

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. 184415 correspondiente a la empresa Cuidar Limitada.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de Inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
THALIA ARIADNA CARMONA ORTIZ	C.C.	1,022,923,136	20/04/2026	RIESGO IV	4.350	SUCURSAL 4.350

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de Internet www.axacolpatria.co. el lunes 20 de abril de 2026 a las 10:55:05 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512626 ó en Bogotá 4235757.

375

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

• • • • • • • • • •
9012835279

30549494

Fecha de Radicación
23 04 2026

1. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de cotizante	2. Tipo de afiliado	3. Régimen	4. Cotizante de pensión	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Subtipo
X	X	X		X	X	

A. AFILIACION B. DATOS BANCARIOS DE DESTINO ADICIONALES (en caso de cambio o beneficiario cuenta ajena o afiliado adicional)

5. Apellidos y nombres

CARMONA	ORTIZ	THALIA	ARIADNA

8. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
CC	1022923136	X	04 03 1986

13. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio

C. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Cabeza de hogar	18. Discapacidad	19. Tipo de vivienda rural	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		X			

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa cotización adicional
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS		$1.750.905	

26. Nacionalidad

D. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Fecha de nacimiento	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de matrimonio

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

35. Apellidos y nombres

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Fecha de nacimiento	41. Lugar de nacimiento	42. Parentesco

Datos complementarios de beneficiarios

43. Parentesco	44. Etnia	45. Cabeza de hogar	46. Grupo de población especial	47. Tipo de vivienda rural	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Nivel educativo alcanzado

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Corregimiento / Localidad	Barrio / Vereda	Código Postal	Nombre Red	Teléfono fijo de contacto	52. Datos de la APS del afiliado principal o adicional

Dirección

Localidad / Comuna

Correo electrónico

376

CUIDAR LIMITADA

NT

800213173

CRA 23 74 27

2117500

BOGOTA

DISTRITO CAPITAL

X

20 04 2026

377

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1022923136
Nombres y Apellidos	THALIA ARIADNA CARMONA ORTIZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	20/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código ekfiZNncjS

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

378

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **VALBUENA RODRIGO JOSE RODRIGO,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **79.975.300,** labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	20 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	SANITAS
AFP	COLFONDOS
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

379

AXA COLPATRIA

COMPROBANTE DE MODIFICACIÓN DE INGRESO FUTURO

DATOS DE LA EMPRESA

Número de identificación:	800213173
Número Afiliación:	184415
Razón social:	CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de identificación:	CÉDULA
Número de identificación:	79975300
Nombre completo:	VALVUENA GALINDO JOSE RODRIGUEZ
Fecha de transacción:	16/04/2026
Fecha novedad anterior:	18/04/2026
Fecha novedad nueva:	20/04/2026

EPS Sanitas

189470041

Valbuena Galindo Jose Rodrigo
CC 79695300 Colombiano
Bta Colombia Colombia Bogotá

Obra
Carrera 10a bis # 55 - 13 Sur
3142210491 Jose.valbuena1120@gmail.com
Bogotá Colombia

Cotiza Limitada Nit. 900215173-2

Bogotá

Jose Valbuena Galindo

Original EPS - 1a Copia EMPLEADOR - 2a Copia AFILIADO

381

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79975300
Nombres y Apellidos	JOSE RODRIGO VALBUENA RODRIGO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	20/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código CasoflGR5

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

382

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **ROBLES LOZANO SALVADOR,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.032.375.191. labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	18 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	NUEVA EPS
AFP	PROTECCION
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

383

AXA COLPATRIA

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. 184415 correspondiente a la empresa Cuidar Limitada.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de Inicio cobertura
ROBLES LOZANO SALVADOR	C.C.	1,032,375,191	18/04/2026

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 16 de abril de 2026 a las 05:29:50 p. m.

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/04/2026, el empleador CUIDAR LTDA identificado con NIT número 800213173 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10249725	20/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1032375191	SALVADOR ROBLES LOZANO	1750905	VIGILANTE	2026-03-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

385

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar, Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1032375191
Nombres y Apellidos	SALVADOR ROBLES LOZANO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	18/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código mcJEwlsZS

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **CASTRO CORNADO MARIA TERESA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.022.936.225**, labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	20 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	SALUD TOTAL
AFP	PORVENIR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

387

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800213173
Número Afiliación:	184415
Razón social:	CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1022936225
Nombre:	MARIA TERESA CASTRO CORONADO
Fecha Ingreso:	20/04/2026
Salario básico:	11,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 004
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	16/04/2026 05:53:30 p. m.

388

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4816675403	2020/12/03

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

1.Tipo de tramite: A. Afiliación [ ] B. Registro de Novedades [X]

2.Tipo afiliado: A. Adicional [-Cotizante Cabeza de familia [X] -Beneficiario afiliado adicional [ ]] B. Pensionado [ ] C. Independiente [ ] D. Otro afiliado [ ]

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

4.Contribución Solidaria: Si [ ] No [X]

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

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

7.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			
Primer apellido: CASTRO	Segundo apellido: CORONADO	Primer nombre: MARIA	Segundo nombre: ROSALBA

4.Tipo documento de identidad	5.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1020804029	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual:

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: TOLIMA	Municipio: ICONONZO	( )	30/07/1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Cantidad	18.Discapacidad	Si [ ] No [X]
0		Categoría Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI [ ] NO [X]	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR PPC	1160000	

26.Residencia				
Dirección: CR 18A SUR 57 A 07 SUR	Teléfono fijo	Teléfono celular: 3128151534	Correo electrónico: FAMILIACASTRO1118@GMAIL.COM	
Departamento: BOGOTA	Municipio/Distrito: BOGOTA	Localidad / comuna: USAQUEN	Zona:	Urbana cabecera municipal [X] Rural dispersa [ ] Urbana centro poblado [ ] Rural ribereña [ ]

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	32.Fecha Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual:	

33. Nacionalidad	34.Lugar 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
01			
02			
03			
04			
05			

36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico	40.Sexo identificación	41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				F M T NB Otro Cual	Pais	Departamento	Municipio	
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del beneficiario

43.Parentesco	44.Etnia	45.Consorcio	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Discapacidad Permanente	
				Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
01												
02												
03												
04												
05												

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Rural ribereña	Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

Dirección	Correo electrónico	Parentesco
01		
02		
03		
04		
05		

Solicitud de la IPS (Opcional)

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS a registrar por la EPS
C	VEREDERO - VEREDERO -
M	-
H	-
F	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensionado registrar por la EPS
DUDAR LTDA	NIT	830110172	01

59. Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
CR 33 NO 15 27 01	2156661301	DIRECCIONRECURSOSHUMANOS@DUDAR.COM	BOGOTA	BOGOTA

389

No de Radicación
4018678462

II. REPORTE DE NOVEDADES

62. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 3. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección 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
- ☐ 13. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Novedad: ☐ 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 tránsito de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a cotización solidaria
- ☐ 21. Retiro de cotización 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	63. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	64. Sexo Identificación F ☐ M ☐ I ☐ MS ☐ Otro ☐ Cual:	64. Fecha de nacimiento
☐				

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad (DD/MM/AAAA)	67. Motivo de traslado Código: ☐	68. Caja de Compensación Familiar a pagador de pensiones

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 Contributivo/Especial o de Excepción.

71. ☐ Declaración de existencia de convivencia de hecho mayor a dos años que origina la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. ☒ Declaración de no inscripción 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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. 886 1377 de 2013

76. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular suyo, manejo 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 los tarifas en Contribución Solidaria, según anuncios del Sistema vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia marque 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

María Teresa Castro

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

81. El empleador, pensionado 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 unión 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 unión 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 partida de la partes paternal, o el certificado de defunción de los padres o la declaración notaria por 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 conste 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad	ACTIVIDAD DESARROLLADA
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Firma de Validación	

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

SUFISALF001 V 1.0-2015

370

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1022936225
Nombres y Apellidos	MARIA TERESA CASTRO CORNADO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	20/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código MBCWUBtnN5

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

391

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **OSORIO RIOS SANDRA YURANI,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 24.585.569, labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	18 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	SALUD TOTAL
AFP	COLFONDOS
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

392

AXA COLPATRIA

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. 184415 correspondiente a la empresa Cuidar Limitada.

Nombre	T. I	Número de identificacion	Fecha de inicio cobertura
SANDRA YURANY OSORIO RIOS	C.C.	24,585,569	16/04/2026

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 16 de abril de 2026 a las 05:13:01 p. m.

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

393

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010678527	2[0][0]4[2][0]2[3]

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliado	3.Regimen	4.Cotización Solidaria
A. Afiliación [ ] B.Reporte de novedades [X]	A. Individual [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

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

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
OSORIO (Primer apellido)	RIOS (Segundo apellido)	SANDRA (Primer nombre)	YURANY (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo Identificación
CC	2[0][0][5][0][9]	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: VALLE	Municipio: SEVILLA		[0][5]/[0][1]/[1][9][9][2]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	SI [ ] No [X]
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo poblacional especial
SI [ ] NO [X]	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Fecha Cotización Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR PPC	1745000	

26.Residencia				
CR 33D 0 67E 0 16 SUR Dirección	Telefono fijo	3[1][3][6][6][6][6][6][6] Telefono celular	SANDRAOROZCO1992@GMAIL.COM Correo electronico	
BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	CIUDAD BOLIVAR Localidad / comuna	Barrio:	Utilizo cabecera municipal [X] Utilizo centro poblado [ ] Rural Reparto 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
01				
02				
03				
04				
05				

	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	
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Discapacidad Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia								
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Telefono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del régimen subsidiado (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural		
01								
02								
03								
04								
05								

	Parentesco	Localidad / comuna	Correo electronico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Código de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VM SUAVA - UDEI CPO CALLE 80	VSUAVA - UCOCPO80
1		
2		
3		

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

55. Nombre o razon social	56. Tipo de Identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador (a registrar por la EPS)
CUIDAR LTDA	NIT	8[0][0][1][3][1][7][3]	01

59. Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
CR 33 NO 16 37 SI	3[1][0][8][0][7][3][4][1]	DIRECCIONESTOPARAMANOLO@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

394

No de Radicación
4818475527

II. 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 sin corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la vinculación con la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a 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 afiliado o cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del estado de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a cotización subsidiada
- ☐ 21. Retiro de cotización subsidiada

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 Femenino ☐ Masculino ☐	63. Zona Identificación U ☐ R ☐ Rdi ☐ Urb ☐ Cdd ☐	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad 1900/01/01	67. Motivo de traslado Código: ☐	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. ☐ Declaración de si 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 documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

72. ☒ Declaración de no inscripción 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 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 del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley tuvieren la facultad

75. ☒ Autorización para que la EPS consulte sus 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 ato 1377 de 2013.

76. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico y celular como mensaje de texto.

77. ☐ Aceptación de las condiciones para ingresarse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y los tarifas en Contribución Solidaria, según ingresos del listado 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

Sandra Yuriny Osorio

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: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1

- ☐ 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 unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara 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 unión 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 partida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89. Copia de la suscripción de inserción 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 consten la calidad de beneficiario y 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad	96. Cargo
98. 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, así como la veracidad de los demás documentos registrados.

395

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 24585569
Nombres y Apellidos	SANDRA YURANI OSORIO RIOS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	18/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a . este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código no1SoJu3S

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

396

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **CARRANZA HERNANDEZ ADRIANA PATRICIA,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.014.236.438, labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	19 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	SANITAS
AFP	PROTECCION
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

397

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800213173
Número Afiliación:	184415
Razón social:	CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1014236438
Nombre:	ADRIANA PATRICIA CARRANZA HERNANDEZ
Fecha Ingreso:	19/04/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 004
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	17/04/2026 04:47:31 p. m.

Sanitas

18947005?

Carrera Hamadas Adriana Patricia
CC 1018...435 Combiana
Bogotá Colombia 1989...

3014 P80701
Calle 35 # 97a-23 Sur
3162351672 Casanadriana21@gmail.com
Bogotá Colombia

Adriana Patricia Hernandez

Original: EPS - Usuario EMPLEADOR - Copia: AFILIADO

394

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1014236438
Nombres y Apellidos	ADRIANA PATRICIA CARRANZA HERNANDEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	19/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a . este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código C55gJKDw5

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **BLANCO PARDO SANDRA DEL PILAR**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 52.466.960, labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO:	VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO:	Obra o Labor contratada
VINCULADO DESDE:	20 de abril de 2026

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	NUEVA EPS
AFP	COLPENSIONES
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

401

AXA COLPATRIA

COMPROBANTE DE MODIFICACIÓN DE INGRESO FUTURO

DATOS DE LA EMPRESA

Número de identificación:	800213173
Número Afiliación:	184415
Razón social:	CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de identificación:	CÉDULA
Número de identificación:	52466960
Nombre completo:	SANDRA DEL PILAR BLANCO PARDO
Fecha de transacción:	17/04/2026
Fecha novedad anterior:	18/04/2026
Fecha novedad nueva:	20/04/2026

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/04/2026, el empleador CUIDAR LTDA identificado con NIT número 800213173 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10249726	20/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52466960	SANDRADEL PILAR BLANCO	1750905	VIGILANTE	2026-04-20

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

403

compensar

Bogotá D.C., 20 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 52466960
Nombres y Apellidos	SANDRA DEL PILAR BLANCO PARDO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	
Código Centro de Costo	
Fecha de Ingreso Empresa	20/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	20/4/2026
Cargo	VIGILANTE
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código HxBhQ2ut5

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0100

404

CUIDAR

LA COORDINACIÓN DE CAPITAL SOCIAL DE CUIDAR LIMITADA

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **AROCA TAPIA DELFIN**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 79.749.716, labora en **CUIDAR LIMITADA** identificada con NIT 800.213.173, de acuerdo con las siguientes condiciones:

CARGO: VIGILANTE
TIPO DE CONTRATO: Termino fijo a un año
VINCULADO DESDE: 11 de enero de 2025

Sobre el anterior salario, se aplican las deducciones de Ley.

ARL	AXA COLPATRIA
EPS	SURA EPS
AFP	PORVENIR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	COMPENSAR

La presente certificación se expide el cuatro (04) de mayo de 2026 sin tachones ni enmendaduras, a solicitud del interesado

Para confirmar esta información, favor comunicarse a:
Correo electrónico: gestionhumana@cuidar.co
Número celular: **3106901301**

Atentamente,

DIANA MARCELA GÓMEZ GALEANO
COORDINACIÓN CAPITAL SOCIAL

405

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800213173
Número Afiliación:	184415
Razón social:	CUIDAR LIMITADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79749716
Nombre:	DELFIN AROCA TAPIA
Fecha Ingreso:	11/01/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 004
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	10/01/2025 03:48:42 p. m.

4 06

sura

EPS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

La **EPS Suramericana S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA,**

CERTIFICA

Que **Delfin Aroca Tapia** identificado(a) con **Cedula de Ciudadania** número **79749716,** está registrado(a) en el PBS DE EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79749716
NOMBRES Y APELLIDOS	Delfin Aroca Tapia
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/02/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	118
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO	43
EMPLEADOR(ES)	N.I.T. 800213173 CUIDAR LTDA Desde 11/01/2025 - Vigente

Generado por leonroam

21/01/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

407

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 61_4871749

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1

Empleador	NI 800213173 CUIDAR LTDA
Afiliado	CC 79749716 DELFIN AROCA TAPIA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CR 23 # 74 27 BRR NICOLAS
Fecha de ingreso	11/01/2025
Fecha de radicación	16/01/2025 12:40:43 p.m.
Código de Transacción	191029319
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 02/2025

Fecha de generación 16/01/2025

compensar

Bogotá DC. 13 de Enero de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 13/1/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79749716
Nombres y Apellidos	DELFIN ARDILA TAPIA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 800213173
Razón Social Empleador	CUIDAR LIMITADA
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	11/1/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	13/1/2025
Cargo	GUARDA DE SEGURIDAD
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CUIDAR LIMITADA, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5802-14

IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: ADMI-G-FO-15
Versión: 07
Vigente: 27/10/2021

APELLIDOS Y NOMBRES: ARRIETA ARRIETA Jose Gorman

IDENTIFICACION: 70.526.992

CARGO: SUPERVISOR

PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR

FECHA DE INGRESO: 29.FEB.2012

CODIGO PROMOS:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO
CHAQUETA					X			1	16	ABR	2026
CAMISA											
PANTALON							X	1			
CORBATA											
FALDA							44	1			
ZAPATOS											
RAMBA											
APELLIDO											
BOTIN											
CARNET											
CORDÓN CARNET											
PONTA CARNET											
GOLILLA											
OVEROL											
BOTA CAÑA ALTA											
BOTA FANTASMA											
TRAJE TÉRMICO											
CHAQUETA TACTICA											
CAMISA TACTICA											
PANTALON TACTICO											
BOTA TACTICA											
CHALECO											
SACO SASTRE							44	1			
PANTALON SASTRE							40	1			
CAMISA BLANCA					X			2			
CORBATIN VERDE											
CAMISA POLO											
CAMISETA											
CHAQUETA ANTIFLAS											
PANTALON ANTIFLAS											
BOTAS SOCORRISMO											
IMPERMEABLE											
PONCHO											
EPP											
KEPIS											

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN — NOMBRE: Jose German A. — FIRMA: Jose G Arrieta

FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN — NOMBRE: JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS — FIRMA:

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibira un uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio; por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmedita a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en maquillaje de dia suave. Las unas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamada de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Jose German Arrieta

NOMBRE COMPLETO

70526992

NUMERO DE CEDULA

Jose G Arrieta

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: [illegible]
Versión: 07
Vigencia: [illegible]

APELLIDOS Y NOMBRES: CARRANZA HERNANDEZ ADRIANA PATRICIA
IDENTIFICACIÓN: 1.014.236.438
CARGO: VIGILANTE
PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR
FECHA DE INGRESO: 19.ABR.2026
CODIGO INTERNO:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO
CHAQUETA			X					1	16	ABR	2026
CAMPER							14	2			
PANTALÓN							20	2			
CORBATA							X	2			
FAJA							X	1			
ZAPATOS							39	1			
GABAN							X	1			
APELLIDO							X	2			
BOTIN											
CARNET							X	1			
CORDÓN CARNET							X	1			
PORTA CARNET							X	1			
BOLERO											
OVEROL											
BOTA CAÑA ALTA											
BOTA PANTANERA											
TRAJE TERMICO			X					1			
CHAQUETA TACTICA											
CAMISA TACTICA											
PANTALON TACTICO											
BOTA TACTICA											
CHALECO											
SACO SASTRE											
PANTALON SASTRE											
CAMISA BLANCA											
CORBATIN VERDE											
CAMISA POLO											
CAMISETA											
CHAQUETA ANTIFRIZ											
PANTALON ANTIFRIZ											
BOTAS ANTIDESLIZO											
IMPERMEABLE											
PONCHO											
EPP											
KEPIS											

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	NOMBRE: Adriana Carranza	FIRMA: Adriana Carranza
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	NOMBRE: JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	FIRMA: [signature]

OBSERVACIONES

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para cumplir de la identificación corporativa y proyectando a nuestros clientes toda solidez como exclusiva alta imagen de seguridad y elegancia

El personal de Guilde Ltda recibirá gratuitamente con los exigencias requeridas por la higiene industrial y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por lo cual se compromete a cumplir con los siguientes directrices

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo suministrado por la empresa
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones
3. No está permitido la modificación del uniforme entregado por la empresa
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cualquier irregularidad en el estado del uniforme suministrado
5. Con un uso adecuado y responsable de la dotación suministrada durante la prestación del servicio
6. se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo
7. Se debe mantener un estado físico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio
8. El uso de barba está prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y un maquillaje de día suave. Las uñas deben ser tipo francesa o cortas. Los aretes deben ser cortos

En caso de incumplir se la presente política, será sujeto de la siguientes escala disciplinaria

a. Primera vez: Llamado de atención verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atención escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leído y comprendido la presente política

Adriana Patricia Carranza Hernandez

NOMBRE COMPLETO

1014236438

NUMERO DE CÉDULA

Adriana Carranza

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Código: ADMFIN-FO-15
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA	Versión: 07
CONTROL DE DOTACIÓN	Vigente a: 27/09/2021

APELLIDOS Y NOMBRES: HERNANDEZ MORALES DUVAN FERNEY — IDENTIFICACIÓN:

CARGO: VIGILANTE — PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR — FECHA DE INGRESO: 19. ABR. 2026

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO	CODIGO PROVEE
CHAQUETA		X						1	16	ABR	2026	
CAMISA												
PANTALÓN												
CORBATA												
FAJA							X	1				
ZAPATOS												
GAMBA												
APELLIDO							X	2				
BOTIN												
CARNET							X	1				
CORDÓN CARNET							X	1				
PORTA CARNET							X	1				
BOLSAS							X	1				
OVEROL							38	2				
BOTA CAÑA ALTA							39	1				
BOTA PANTANERA							39	1				
TRAJE TÉRMICO		X						1				
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALON TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALON SASTRE												
CAMISA BLANCA												
CORBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIZ												
PANTALON ANTIFRIZ												
BOTAS IMPERMEABLE												
IMPERMEABLE												
PONCHO												
EPP												
KEPIS												

	NOMBRE:	FIRMA:
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Duvan Hernandez	Duvan F. Hernandez M
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	FIRMA

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Caldar Ltda recibira un uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado físico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y con maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Las aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Dixian Yaney Hernandez Morales

NOMBRE COMPLETO

1023021923

NÚMERO DE CÉDULA

Dixian F Hernandez M

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES: Sandra del Pilar Blanco Pardo
IDENTIFICACIÓN: 52.466.960
CARGO: Vigilante
PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR
FECHA DE INGRESO: 19.ABR.26
FECHA DE RETIRO:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	UNIDAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO
CHAQUETA			X				1	1	18	ABR	2026
CAMISA			X				18	2			
PANTALÓN			X				20	2			
CORBATA							1	1			
FAJA							1	1			
CAPATOS							40	1			
GORRA											
APELLIDO							X	2			
BOTIN											
CHAPOT											
CORREON CHAPOT											
PORTA CHAPOT											
BOLSANA											
OVEROL											
BOTA CAÑA ALTA											
BOTA PANTALETA											
TRAJE TERMICO											
CHAQUETA TACTICA											
CAMISA TACTICA											
PANTALON TACTICO											
BOTA TACTICA											
CHALECO											
SACO SASTRE											
PANTALON SASTRE											
CAMISA BLANCA											
CORBATIN VERDE											
CAMISA POLO											
CAMISETA											
CHAQUETA ANTIFRIZ											
PANTALON ANTIFRIZ											
BOTAS MOTOCICLISMO											
IMPERMEABLE											
PONCHO											
EPP											
KEPIS											

	NOMBRE	FIRMA
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Sandra del Pilar Blanco Pardo	Sandra del Pilar Blanco Pardo
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	FIRMA

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad luzca con adecuado de uniforme Corporativo, para controlar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de orden y elegancia

El personal de Cuidar Ltda recibira el uniforme con las exigencias requeridas por la Superintendencia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en moquillo de dos nuevo. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Sandra del Pilar Blanco Pardo

NOMBRE COMPLETO

52466960

NÚMERO DE CÉDULA

Sandra del Pilar blanco P

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR	MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Código: ADMLG-FO-15
	PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA	Versión: 07
	CONTROL DE DOTACIÓN	Vigencia: 22/10/2021

APELLIDOS Y NOMBRES: TELLEZ FONSECA SANDRA MILENA

IDENTIFICACIÓN: 1.071.579.194

CARGO: VIGILANTE

PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR

FECHA DE INGRESO: 19.ABR.2026

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLA/NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO	CODIGO PROCESO
CHAQUETA		X						1	14	ABR	2026	
CAMISA							16	2				
PANTALÓN							16	2				
CORBATA							X	2				
FAJA							X	1				
ZAPATOS							39	1				
GANSA							X	1				
APELLIDO							X	2				
BOTIN												
CARNET							X	1				
CORDÓN CARNET							X	1				
PORTA CARNET							X	1				
BOLSAVA												
OVEROL												
BOTA CAÑA ALTA												
BOTA PANTANERA												
TRAJE TERMICO												
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALON TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALON SASTRE												
CAMISA BLANCA												
CORBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIZ												
PANTALON ANTIFRIZ												
BOTAS MOTORIZADO												
IMPERMEABLE												
PONCHO												
EPP												
KEPIS												

	NOMBRE:	FIRMA:
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Sandra Tellez	Sandra M T
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibira un uniforme con las exigencias requeridas por la Superintendencia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitida la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y un maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Sandra Milena Tello

NOMBRE COMPLETO

1071579194

NÚMERO DE CÉDULA

Sandra M T

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR	MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Código: ADMSG-FO-93
	PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA	Versión: 02
	CONTROL DE DOTACIÓN	Vigencia: 22/10/2025

APELLIDOS Y NOMBRES: TRIANA MORENO WILSON FERNANDO

IDENTIFICACIÓN: 80.743.122

CARGO: VIGILANTE

PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR

FECHA DE INGRESO: 19. ABR. 2026

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	TALLA M	TALLA L	TALLA XL	TALLA 2XL	TALLA 3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	FECHA DE ENTREGA MES	FECHA DE ENTREGA AÑO	CODIGO PRONOS
CHAQUETA		X						1	16	ABR	2026	
CHAPES												
PANTALON												
CORBATA												
BEATA							X	1				
ZAPATOS												
FAJA												
APELLIDO							X	2				
SOTIN												
CARNET							X	1				
CORDÓN CARNET							X	1				
PORTA CARNET							X	1				
GOLETA							X	1				
OVEROL							40	2				
BOTA CAÑA ALTA							40	1				
BOTA PANTANERA							40	1				
TRAJE TÉRMICO			X					1				
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALON TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALON SASTRE												
CAMISA BLANCA												
CORBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIZ												
PANTALON ANTIFRIZ												
BOTAS MOTORIZADO												
IMPERMEABLE												
PONCHO												
EPP												
KEPIS												

	NOMBRE:	FIRMA:
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Wilson Triana	
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	

OBSERVACIONES

OBJETIVO

Establecer las [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] de la siguiente escala disciplinaria:

1. Primera vez: [illegible]
2. Segunda vez: [illegible] se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
3. Tercera vez: [illegible] suspension o terminacion del contrato.

[illegible] de la presente politica.

Wilson TRIANA MORENO

NOMBRE COMPLETO

CC. 80743122 Bta

NUMERO DE CEDULA

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO

415

CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: ADMLG-FO-15
Versión: 07
Vigencia: 27/09/2021

APELLIDOS Y NOMBRES: Sanchez Paez Yenny Sofia

IDENTIFICACIÓN:

CARGO: Vigilante

PUESTO: Alcaldia Ciudad Bolivar

FECHA DE INGRESO: 19.ABR.2026

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	TALLA M	TALLA L	TALLA XL	TALLA 2XL	TALLA 3XL	TALLAS NÚMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DÍA	FECHA DE ENTREGA MES	FECHA DE ENTREGA AÑO	CÓDIGO PRENDA
CHAQUETA			X					1	16	ABR	2026	
CAMISA							14	2				
PANTALÓN							16	2				
COMBATA							X	2				
KEPIS							X	1				
CALZADO							39	1				
CANGA							X	1				
APELLIDO							X	2				
BOTIN												
CARNET							X	1				
CORDÓN CARNET							X	1				
PORTA CARNET							X	1				
BOLSAVA												
OVEROL												
BOTA CAÑA ALTA												
BOTA PANTANERA												
TRAJE TÉRMICO			X					1				
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALÓN TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALÓN SASTRE												
CAMISA BLANCA												
COMBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIZ												
PANTALÓN ANTIFRIZ												
BOTAS MOTORIZADO												
IMPERMEABLE												
POLICHO												
EPP												
KEPIS												

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	NOMBRE: Yenny Sofia Sanchez	FIRMA:
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	FIRMA:

OBSERVACIONES	

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad lleve una adecuada presentación personal, para consolidar la credibilidad de nuestra corporativa y proyectando a nuestros clientes todos intereses como estamos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibirá un uniforme con las exigencias requeridas por la Superintendencia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razón se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No está permitido la modificación del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cualquier novedad en el estado de los uniformes suministrados.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotación suministrada durante la prestación del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado físico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba está prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y sin maquillaje de alto aseo. Las uñas deben ser tipo francesa y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente política, será sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atención escrito.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hará acreedor a un llamado de atención escrito.
c. Tercera vez: Se podrán tomar medidas como suspensión o terminación del contrato.

Con mi firma declaro haber recibido y comprendido la presente política.

Yenny Sofia Sánchez Páez

NOMBRE COMPLETO

SZ764936

NÚMERO DE CÉDULA

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO

CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: [illegible]
Versión: [illegible]
Vigencia: [illegible]

APELLIDOS Y NOMBRES: NIETO ARENAS YURLEY KATHERINE
IDENTIFICACIÓN: 1.033.696.465
CARGO: Vigilante
PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR
FECHA DE INGRESO: 19-ABR-2026
CODIGO PRIORIS:

FECHA DE ENTREGA: DIA 16 MES ABR AÑO 2026

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA						TALLA NUMERO	CANTIDAD
	S	M	L	XL	2XL	3XL		
CHAQUETA		X						1
CAMISA								
PANTALÓN								
CORBATA							X	1
BLUSA								
ZAPATOS							X	1
MEDIAS							X	2
APELLIDO								
BOTIN								
CARNET							X	1
FUNDA CARNET							X	1
PORTA CARNET							X	1
SOLDADO							X	1
CHALECO							40	2
BOTA CAÑA ALTA							39	1
BOTA PANTANERA							39	1
TRAJE TERMICO			X					1
CHAQUETA TACTICA								
CAMISA TACTICA								
PANTALON TACTICO								
BOTA TACTICA								
CHALECO								
SACO SASTRE								
PANTALON SASTRE								
CAMISA BLANCA								
CORBATIN VERDE								
CAMISA POLO								
CAMISETA								
CHAQUETA ANTIFAZ								
PANTALON ANTIFAZ								
BOTIN SASTRE/CAUCHO								
IMPERMEABLE								
POLONO								
EPP								
KEPIS								

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	NOMBRE: ANGIE KATHERINE JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	FIRMA:
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN		FIRMA:

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibira un uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Las aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamada de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrita.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

YURLEY KATHERINE NEIRA ARENAS

NOMBRE COMPLETO

1033616465

NÚMERO DE CÉDULA

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: FOR-GLO-013
Versión: 04
Vigente desde: 17/01/2023

APELLIDOS Y NOMBRES: Carranza Hernandez Juan Camilo

IDENTIFICACIÓN: 1.012.441.060

CARGO: Vigilante

PUESTO: Alcaldia Ciudad Bolivar

FECHA DE INGRESO: 19.ABR.26

FECHA DE ENTREGA: DIA 16 | MES ABR | AÑO 2026

CÓDIGO PROVEEDOR:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLA NÚMERO	CANTIDAD
CHAQUETA		X						1
CAMISA		X						2
PANTALÓN							32	2
CORBATA							X	2
FAJA							X	1
SAFARI								
GABARDINA								
APELLIDO							X	2
BOTÍN							38	1
CARNET							X	1
CORDÓN CARNET							X	1
PORTA CARNET							X	1
ESCARAPELA								
OVEROL								
BOTA CAÑA ALTA								
BOTA PANTANERA								
TRAJE TÉRMICO		X						1
CHAQUETA TÁCTICA								
CAMISA TÁCTICA								
PANTALÓN TÁCTICO								
BOTA TÁCTICA								
CHALECO								
SACO SASTRE								
PANTALÓN SASTRE								
CAMISA BLANCA								
CORBATÍN VERDE								
CAMISA POLO								
CAMISETA								
CHAQUETA ANTIFLUIDO								
PANTALÓN ANTIFLUIDO								
BOTAS MOTORIZADO								
IMPERMEABLE								
PONCHO								
EPP								
KEPIS								

	NOMBRE:	FIRMA:
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Juan Camilo Carranza H	Camilo Carranza
FIRMA RESPONSABLE ALMACEN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia

El personal de Cuidar Ltda recibira un uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices.

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones
3. No esta permitida la modificacion del uniforme entregado por la empresa
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y un maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica

Juan Camilo Carranza Hernandez

NOMBRE COMPLETO

1012491060

NÚMERO DE CÉDULA

Camilo Carranza

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código FORMATO N°:
Versión N°:
Vigencia Formato:

APELLIDOS Y NOMBRES: LANCHEROS SANCHEZ SANDRA MILENA

IDENTIFICACIÓN: 52.277.278

CARGO: VIGILANTE

PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR

FECHA DE INGRESO: 19.ABR.26

FECHA DE ENTREGA: DIA 16 | MES ABR | AÑO 2026

CODIGOS RECIBIDOS:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA	TALLAS MANEJA	CANTIDAD
CHAQUETA	X		1
CAMISA		8	2
PANTALÓN		8	2
CORBATA		X	2
FAJA		X	1
ZAPATOS		35	1
GORRA		X	1
ANILLO		X	2
BOTÓN			
CARNET		X	1
CORDÓN CARNET		X	1
PORTA CARNET		X	1
SOLERA			
OVEROL			
BOTA CAÑA ALTA			
BOTA PANTANERA			
TRAJE TERMICO	X		1
CHAQUETA TACTICA			
CAMISA TACTICA			
PANTALON TACTICO			
BOTA TACTICA			
CHALECO			
SACO SASTRE			
PANTALON SASTRE			
CAMISA BLANCA			
CORBATIN MORRIE			
CAMISA POLO			
CAMISETA			
CHAQUETA ANTIBRIS			
PANTALON ANTIBRIS			
BOTAS MOTORIZADO			
IMPERMEABLE			
PONCHO			
EPP			
KEPIS			

	NOMBRE	FIRMA
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Sandra Lancheros	Sandra Lancheros
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JOLETHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniformes Corporativos, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibira de uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices.

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y un maquillaje de dia suave. Las unas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamada de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Sandra Milena Lachaos Sanchez.

NOMBRE COMPLETO

52.277.278

NÚMERO DE CÉDULA

Sandra Lachaos S.

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR	MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Código: ADMLG-FO-57
	PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA	Versión: 07
	CONTROL DE DOTACIÓN	Vigencia: 22/03/2023

APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFICACIÓN
TIMOTE ESQUIVEL ALEJANDRINO	5.972.332

CARGO	VIGILANTE	PUESTO	ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR	FECHA DE INGRESO	19.ABR.26

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA						TAGAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA			CODIGO PRONOS
	S	M	L	XL	2XL	3XL			DIA	MES	AÑO	
CHAQUETA		X						1	16	ABR	2026	
CAMISA												
PANTALÓN												
CORBATA							X	1				
FAJA												
ZAPATOS												
CAMISA												
APELLIDO							X	2				
BOTIN												
CARNET							X	1				
CORDÓN CARNET							X	1				
PORTA CARNET							X	1				
GOLEADA							x	1				
OVEROL							34	1				
BOTA CAÑA ALTA							39	1				
BOTA PASTANERA							39	1				
TRAJE TERMICO			X					1				
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALON TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALON SASTRE												
CAMISA BLANCA												
CORBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIZ												
PANTALON ANTIFRIZ												
BOTAS MOTORIZADO												
IMPERMEABLE												
PONCHO												
EPP												
KEFIS												

	NOMBRE	FIRMA
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Alejandrino Timote	
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibirá un uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razón se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrita.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Alejandrino Tamo te

NOMBRE COMPLETO

5972332

NUMERO DE CÉDULA

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: ADMI-FO-15
Versión: 01
Vigente: 01/08/2025

APELLIDOS Y NOMBRES: MURILLO MOLANO IRI GILENA
IDENTIFICACIÓN: 1.007.326.231
CARGO: VIGILANTE
PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR
FECHA DE INGRESO: 19. ABR. 2026
FECHA DE ENTREGA: DIA 16 MES ABR AÑO 2026
CÓDIGO PROCESO:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	TALLA M	TALLA L	TALLA XL	TALLA 2XL	TALLA 3XL	TALLAS NÚMERO	CANTIDAD
CHAQUETA	X						14	2
CAMISA							14	2
PANTALÓN							X	2
CORBATA							X	1
FAJA							38	1
CHAPAS							X	1
GAFAS							X	2
APRESTO								
BOTÍN							X	1
CARNET							X	1
CORDÓN CARNET							X	1
PORTA CARNET								
BOLSERA								
OVEROL								
BOTA CAÑA ALTA								
BOTA PANTANERA								
TRAJE TERMICO		X						1
CHAQUETA TACTICA								
CAMISA TACTICA								
PANTALON TACTICO								
BOTA TACTICA								
CHALECO								
SACO SASTRE								
PANTALON SASTRE								
CAMISA BLANCA								
CORBATIN VINOTIN								
CAMISA POLO								
CAMISETA								
CHAQUETA ANTIFRIZ								
PANTALON ANTIFRIZ								
BOTAS MOTORIZADO								
IMPERMEABLE								
PONCHO								
EPP								
KERIT								

	NOMBRE	FIRMA
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Iri Gilena Murillo M	Iri Gilena Murillo Molano
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia

El personal de Condor Ltda recibirá el uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razón se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio
6. se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y con maquillaje de uso suave. Las uñas deben ser tipo francesa y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Iri Gilena Murillo Molano

NOMBRE COMPLETO

1007326231

NÚMERO DE CÉDULA

Iri Gilena Murillo Molano

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



421

CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: [illegible]
Versión: 10
Vigente: [illegible]

APELLIDOS Y NOMBRES: Osorio Rios Sandra Yurany

IDENTIFICACIÓN: 24.585.369

CARGO: Vigilante

PUESTO: Alcaldia Ciudad Bolivar

FECHA DE INGRESO: 19.ABR.2026

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO	CODIGO PROPIOS
CHAQUETA		X						1	14	ABR	2026	
CAMISA							18	2				
PANTALON							18	2				
CORBATA							X	2				
FAJA							X	1				
CHALECO							37	1				
GORRA							X	1				
APELLIDO							X	2				
BOTA												
CARNET							X	1				
CORDON CARNET							X	1				
PORTA CARNET							X	1				
BOLSADA												
OVEROL												
BOTA CAÑA ALTA												
BOTA PANTANERA												
TRAJE TERMICO												
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALON TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALON SASTRE												
CAMISA BLANCA												
CORBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIZ												
PANTALON ANTIFRIZ												
BOTAS MOTORIZADO												
IMPERMEABLE												
PONCHO												
EPP												
REPIS												

	NOMBRE	FIRMA
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Sandra Osorio	
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	

OBSERVACIONES	

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes buena imagen como entidad con imagen de seriedad y elegancia

El personal de Cuidar Ltda recibirá un uniforme con los avances requeridos por la Supervigilancia y que vaya acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por lo cual se compromete a cumplir con los siguientes lineamientos

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones
3. No esta permitido la modificación del uniforme entregado por la empresa
4. Presentar de manera inmediata a la empresa cualquier novedad en el estado de la dotación suministrada
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotación suministrada durante la prestación del servicio
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo
7. Se debe mantener un estado físico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio
8. El uso de bota esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y un maquillaje de día suave. Las uñas deben ser tipo francesa y cortas. Los aretes deben ser cortos

En caso de incumplirse la presente política, será sujeto de la siguientes escala disciplinaria

a. Primera vez: Llamada de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension ó terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leído y comprendido la presente política.

Sandra Juana Osorio Ris

NOMBRE COMPLETO

24585569

NÚMERO DE CÉDULA

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO

CUIDAR	MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Código: ADMI/S-FO-15
	PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA	Versión: 07
	CONTROL DE DOTACIÓN	Vigencia: 22/03/2021

APELLIDOS Y NOMBRES: ACOSTA MAHECHA SANDRA MILENA

IDENTIFICACIÓN: 1.022.341.309

CARGO: VIGILANTE

PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR

FECHA DE INGRESO: 19.ABR.2026

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA						TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA			CODIGO PROMAS
	S	M	L	XL	2XL	3XL			DIA	MES	AÑO	
CHAQUETA			X					1	14	ABR	2026	
CAMISA												
PANTALÓN												
CORBATA												
FAJA							X	1				
ZAPATOS							X	1				
CAMISA							X	2				
APELLIDO												
BOTÓN												
CARNET							X	1				
CORDÓN CARNET	-						X	1				
PORTA CARNET							X	1				
GOLEANA							X	1				
OVEROL							40	1				
BOTA CAÑA ALTA							37	1				
BOTA PANTANERA							36	1				
TRAJE TERMICO						X		1				
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALON TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALON SASTRE												
CAMISA BLANCA												
CORBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIZ												
PANTALÓN ANTIFRIZ												
BOTAS MOTORIZADO												
IMPERMEABLE												
PONCHO												
EPP												
KEPIS												

	NOMBRE:	FIRMA:
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Sandra Acosta	Sandra Milena Acosta
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad lleve una adecuada presentación corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seguridad y elegancia.

El personal de Caribe Ltda recibirá el uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que son acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razón se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No está permitido la modificación del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotación suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotación suministrada durante la prestación del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado físico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba está prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y un maquillaje de día suave. Las uñas deben ser tipo francesa y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplir la presente política, será sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atención verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hará acreedor a un llamado de atención escrita.
c. Tercera vez: Se podrán tomar medidas como suspensión o terminación del contrato.

Con mi firma declaro haber leído y comprendido la presente política.

Sandra Milena Acosta Machacha
NOMBRE COMPLETO

Sandra Milena Acosta M
NÚMERO DE CÉDULA

1022 341309
FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: [illegible]
Versión: 07
Vigente: [illegible]

APELLIDOS Y NOMBRES: VALBUENA GALINDO JOSE RODRIGO

IDENTIFICACIÓN: 79.975.300

CARGO: VIGILANTE

PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR

FECHA DE ENTREGA: DIA 15 MES ABR AÑO 2026

FECHA DE RETIRO: 19 ABR. 2026

CODIGO BIOMETRICO:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA	SALDO MANDO	CANTIDAD
CHAQUETA	M		1
CHALECO	M		2
PANTALÓN		32	2
CORBATA		X	2
FALDA		X	1
CAMISA			
BLUSA			
APELLIDO		X	2
BOTIN		40	1
CARNET		X	1
CORDON CARNET		X	1
PORTA CARNET		X	1
GORRA			
OVEROL			
BOTA CAÑA ALTA			
BOTA PANTANERA			
TRAJE TERMICO			
CHAQUETA TACTICA			
CAMISA TACTICA			
PANTALON TACTICO			
BOTA TACTICA			
CHALECO			
SACO SASTRE			
PANTALON SASTRE			
TAMPA PLANA			
CORBATIN VERDE			
CAMISA POLO			
CAMISETA			
CHAQUETA ANTIFRIZ			
PANTALON ANTIFRIZ			
BOTAS MOTORIZADO			
IMPERMEABLE			
PONCHO			
EPP			
KEPIS			

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN — NOMBRE: José Rodrigo Valbuena — FIRMA: José Valbuena

FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN — NOMBRE: JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS — FIRMA: [signature]

OBSERVACIONES	

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia

El personal de Condor Ltda recibira un uniforme con las exigencias requeridas por la Superintendencia y que este acorde a las funciones y realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa
2. Durante la jornada laboral el se debe portar el todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de los dotativos suministrados
5. Es un una obligacion y responsabilidad de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio
6. se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo
7. Se debe mantener un estado físico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio
8. El uso de bisbe esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances o ventas. Los aretes deben ser cortos

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrita.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica

José Rodrigo Valbuena Galindo

NOMBRE COMPLETO

HUELLA INDICE DERECHO



79975300

NÚMERO DE CÉDULA

José Valbuena

FIRMA

CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: ADMLG-FO-55
Versión: 02
Vigencia: 27/01/2025

APELLIDOS Y NOMBRES: MEDINA BENAVIDES EDITH MARCELA
IDENTIFICACIÓN: 52.902.549
CARGO: VIGILANTE
PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR
FECHA DE INGRESO: 19. ABR. 2026
FECHA DE ENTREGA: DÍA 14 MES ABR AÑO 2026
CODIGO INTERNO:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA	TALLAS NUMERO	CANTIDAD
CHAQUETA	X		1
CAMISA	X		2
PANTALON		20	2
CORBATA		X	2
FAJA		X	1
CAPOTIN		39	1
CARGUE		X	1
IMPERMEABLE		X	2
BOTIN			
CARNET		X	1
CORDON CARNET		X	1
PORTA CARNET		X	1
BOLSATA			
OVEROL			
BOTA CAÑA ALTA			
BOTA PANTANERA			
TRAJE TERMICO			
CHAQUETA TACTICA			
CAMISA TACTICA			
PANTALON TACTICO			
BOTA TACTICA			
CHALECO			
SACO SASTRE			
PANTALON SASTRE			
CAMISA BLANCA			
CORBATIN VERDE			
CAMISA POLO			
CAMISETA			
CHAQUETA ANTIFRIZ			
PANTALON ANTIFRIZ			
BOTAS MOTORIZADO			
IMPERMEABLE			
PONCHO			
EPP			
KEPIS			

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN — NOMBRE: Marcela Medina — FIRMA:

FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN — JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga un adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibirá un uniforme con las exigencias requeridas por la Superintendencia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitida la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cualquier novedad en el estado de la dotacion suministrada.
5. Ser un ser atento y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y un maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente política, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamada de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente política.

Edith Marcela Medina Bernal

NOMBRE COMPLETO

52902549 Bta

NÚMERO DE CÉDULA

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR	MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Código: ADMLG-FO-15
	PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA	Versión: 07
	CONTROL DE DOTACIÓN	Vigencia: 27/10/2023

APELLIDOS Y NOMBRES: MATTOS RANGEL ALONSO MANUEL — IDENTIFICACIÓN: 1.002.101.528

CARGO: VIGILANTE — PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR — FECHA DE INGRESO: 19.04.2026

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO	CODIGO PROMOS
CHAQUETA			X					1	17	ABR	2026	
CAMISA												
PANTALÓN												
CORBATA							X	1				
FAJATA												
ZAPATOS												
BARBA							X	2				
APELLIDO												
BOTIN							X	1				
CARNET							X	1				
CORDÓN CARNET							X	1				
PORTA CARNET							X	1				
BOLEANA							38	1				
OVEROL							41	1				
BOTA CAÑA ALTA							41	1				
BOTA PANTANERA				X				1				
TRAJE TÉRMICO												
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALON TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALON SASTRE												
CAMISA BLANCA												
CORBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIE												
PANTALON ANTIFRIE												
BOTAS MOTORIZADO												
IMPERMEABLE												
PONCHO												
EPP												
KEPIS												

	NOMBRE	FIRMA
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	ALONSO MATTOS RANGEL	
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia

El personal de Cuidar Ltda recibira un uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio; por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrado durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamada de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Alonso Manuel Matos Rangel

NOMBRE COMPLETO

1.002 101 528.

NÚMERO DE CÉDULA

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR	MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA CONTROL DE DOTACIÓN	Código: ADMLG-FO-15 Versión: 02 Vigencia: 22/09/2023

APELLIDOS Y NOMBRES: Sanchez Jimenez Laura Vanessa

IDENTIFICACIÓN: 1.000.455.052

CARGO: Vigilante

PUESTO: Alcaldia Ciudad Bolivar

FECHA DE INGRESO: 19.Mar.26

CODIGO PROVIOS:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO
CHAQUETA		X						1	16	ABR	2026
CAMISA											
PANTALÓN											
CORBATA											
FAJA							X	1			
ZAPATOS											
MANGA							X	1			
APELLIDO							X	2			
BOTIN											
CARNET							X	1			
CORDÓN CARNET							X	1			
PORTA CARNET							X	1			
GOLEANA							X	1			
OVEROL							38	2			
BOTA CAÑA ALTA							37	1			
BOTA PANTANERA							37	1			
TRAJE TERMICO		X						1			
CHAQUETA TACTICA											
CAMISA TACTICA											
PANTALON TACTICO											
BOTA TACTICA											
CHALECO											
SACO SASTRE											
PANTALON SASTRE											
CAMISA BLANCA											
CORBATIN VERDE											
CAMISA POLO											
CAMISETA											
CHAQUETA ANTIFAZ											
PANTALON ANTIFAZ											
BOTAS MOTORIZADO											
IMPERMEABLE											
PONCHO											
EPP											
KEPIS											

	NOMBRE	FIRMA
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Laura Sanchez	Laura J Sanchez
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	Jonathan Alexander Ortiz Vanegas	

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia

El personal de Condor Ltda recibira su uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamada de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrita.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Jara Vanesa Sanchez

NOMBRE COMPLETO

1000455052

NÚMERO DE CEDULA

Jara Sanchez

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO

CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: ADMG-FO-31
Versión: 07
Vigencia: 21/04/2025

APELLIDOS Y NOMBRES: AVILA CANTOR CRISTIAN ADRIAN

IDENTIFICACIÓN: 1.031.142.052

FECHA DE INGRESO: 19.ABR.2026

CARGO: VIGILANTE

PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR

CODIGO INTERNO:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO
CHAQUETA			X					1	16	ABR	2026
CAMISA											
PANTALON											
CORBATA							X	1			
FAJA											
CHALECO											
GABARDINA							X	2			
BOTIN											
CARNET							X	1			
CORDON CARNET							X	1			
PORTA CARNET							X	1			
BOLERAS							X	1			
OVEROL							40	2			
BOTA CAÑA ALTA							39	1			
BOTA PANTANERA							39	1			
TRAJE TERMICO			X					1			
CHAQUETA TACTICA											
CAMISA TACTICA											
PANTALON TACTICO											
BOTA TACTICA											
CHALECO											
SACO SASTRE											
PANTALON SASTRE											
CAMISA BLANCA											
CORBATIN VERDE											
CAMISA POLO											
CAMISETA											
CHAQUETA ANTIFRIZ											
PANTALON ANTIFRIZ											
BOTAS MOTORIZADO											
IMPERMEABLE											
PONCHO											
EPP											
KEPIS											

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	NOMBRE: JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	FIRMA:
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN		FIRMA:

OBSERVACIONES	

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibira un uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio; por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de bisbo esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Luisa Avila

NOMBRE COMPLETO

NUMERO DE CÉDULA

1031142052

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: ADMFG-FO-15
Versión: 02
Vigencia: 22/03/2021

APELLIDOS Y NOMBRES: PICO BLANCO MARIA CAROLINA
IDENTIFICACIÓN: 52.828.449
FECHA DE INGRESO: 19.ABR.26
CARGO: VIGILANTE
PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR
FECHA DE ENTREGA: DIA 17 MES ABR AÑO 2026
CODIGO PROPIOS:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	TALLA M	TALLA L	TALLA XL	TALLA 2XL	TALLA 3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD
CHAQUETA		X						1
CAMISA							14	2
PANTALÓN							18	2
CORBATA							X	2
FAJA							X	1
ZAPATOS							37	1
GAFAS							X	1
APELLIDO							X	2
BOTIN								
CARNET							X	1
CORDÓN CARNET							X	1
PORTA CARNET							X	1
GOLEADA								
OVEROL								
BOTA CAÑA ALTA								
BOTA PANTANERA								
TRAJE TERMICO		X						1
CHAQUETA TACTICA								
CAMISA TACTICA								
PANTALON TACTICO								
BOTA TACTICA								
CHALECO								
SACO SASTRE								
PANTALON SASTRE								
CAMISA BLANCA								
CORBATIN VERDE								
CAMISA POLO								
CAMISETA								
CHAQUETA ANTIFRIZ								
PANTALON ANTIFRIZ								
BOTAS MOTORIZADO								
IMPERMEABLE								
PONCHO								
EPP								
KEPIS								

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	NOMBRE: MARIA CAROLINA PICO BLANCO	FIRMA: Carolina Pico
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	FIRMA:

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:
Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibira un uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio; por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y un maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamada de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

52'828.449

NOMBRE COMPLETO

Carolina Pico

NÚMERO DE CEDULA

Carolina Pico

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Código: ADMFO-FO-31
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA	Versión: 07
CONTROL DE DOTACIÓN	Vigencia: 27/09/2021

APELLIDOS Y NOMBRES: POVEDA HUERTAS GERARDO ALONSO

IDENTIFICACIÓN: 1.023.000.059

CARGO: VIGILANTE

PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR

FECHA DE INGRESO: 19.ABR.2026

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO	CODIGO PROMOS
CHAQUETA		X						1	15	ABR	2026	
CAMISA		X						2				
PANTALÓN							32	2				
CORBATA							X	2				
FAJA							X	1				
ZAPATOS												
GARRA												
APAGUDO							X	2				
BOTIN							40	1				
CARNET							X	1				
CORDON CARNET							X	1				
PORTA CARNET							X	1				
OVEROL												
BOTA CAÑA ALTA												
BOTA PANTANERA												
TRAJE TERMICO												
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALON TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALON SASTRE												
CAMISA BLANCA												
CORBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIZ												
PANTALON ANTIFRIZ												
BOTAS MOTORIZADO												
IMPERMEABLE												
PONCHO												
EPP												
KEPIS												

	NOMBRE	FIRMA
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Gerardo Poveda	Gerardo Poveda
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibirá un uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razón se compromete a cumplir con las siguientes directrices.

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa donde se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo francesa y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente política, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrita.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente política.

Gerardo Paredo Herrera

NOMBRE COMPLETO

1023000059

NÚMERO DE CÉDULA

Gerardo Paredo

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR	MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Código: ADMI.G.FO-61
	PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA	Versión: 01
	CONTROL DE DOTACIÓN	Vigente desde: 22/05/2025

APELLIDOS Y NOMBRES: Fonseca Gomez Blanca Pilar

IDENTIFICACIÓN: 1.024.467.074

CARGO: Vigilante

PUESTO: Alcaldia Ciudad Bolivar

FECHA DE INGRESO: 19 ABR 2026

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO	CODIGO PRODUCTOS
CHAQUETA	X							1	15	ABR	2026	
CAMISA							16	2				
PANTALÓN							14	2				
CORREA							X	2				
KEPIS							X	1				
CHAPATA							40	1				
GAFAS							X	1				
APELLIDO							X	2				
BOTIN												
CARNET							X	1				
CORDÓN CARNET							X	1				
PORTA CARNET							X	1				
GUAYABA												
OVEROL												
BOTA CAÑA ALTA												
BOTA PANTANERA												
TRAJE TERMICO												
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALON TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALON SASTRE												
CAMISA BLANCA												
CORBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIZ												
PANTALON ANTIFRIZ												
BOTAS IMPERMEABLE												
IMPERMEABLE												
PONCHO												
EPP												
KEPIS												

	NOMBRE	FIRMA
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	Blanca Pilar Fonseca	Pilar Fonseca.
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibira los uniformes con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado físico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo francesa y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamada de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrita.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Pilar Fonseca

NOMBRE COMPLETO

1024467079

NÚMERO DE CÉDULA

Pilar Fonseca.

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES: SANCHEZ JORGE ELIAS
IDENTIFICACIÓN: 86.040.776
CARGO: VIGILANTE
PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR
FECHA DE ENTREGA: DIA 15 MES ABR AÑO 2026
FECHA DE INGRESO: 19.ABR.2026
CODIGO BRIGADA:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLA NUMERO	CANTIDAD
CHAQUETA			X					1
CAMISA			X					2
PANTALON							34	2
CORBATA							X	2
FAJA							X	1
GUANTES								
GALLA							X	2
BRILLITO							42	1
BOTIN							X	1
CARNET							X	1
CORDON CARNET							X	1
PORTA CARNET							X	1
SOLDADO								
CHIPOL								
BOTA CAÑA ALTA								
BOTA PANTANERA								
TRAJE TERMICO								
CHAQUETA TACTICA								
CAMISA TACTICA								
PANTALON TACTICO								
BOTA TACTICA								
OVEROL								
SACO SASTRE								
PANTALON SASTRE								
CAMISA PLANCA								
CORBATIN VERDE								
CAMISA POLO								
CAMISETA								
CHAQUETA ANTIFRIZ								
PANTALON ANTIFRIZ								
BOTAS MOTOCICLISTA								
IMPERMEABLE								
PORTACARNET								
EPP								
CHALECO								

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN — NOMBRE: JORGE SANCHEZ — FIRMA:

FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN — NOMBRE: JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS — FIRMA:

OBSERVACIONES	

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes toda nuestra cultura como entornos de imagen de seriedad y elegancia

El personal de Cuidar Ltda recibira gratuitamente todos aquellos requeridos por la Superintendencia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio
6. se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances o cortas. Las aretas deben ser cortas.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrita.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Jorge Elias Sandoval

NOMBRE COMPLETO

8600626

NÚMERO DE CÉDULA

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES: Carmona Ortiz Thalia Ariadna
IDENTIFICACIÓN: 1.022.923.136

CARGO: Vigilante
PUESTO: Alcaldia Ciudad Bolivar
FECHA DE INGRESO: 19. ABR. 26

ELEMENTO DE DOTACIÓN	TALLA						TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA			CODIGO BIOMETRICO
	S	M	L	XL	2XL	3XL			DIA	MES	AÑO	
CHAQUETA				X				1	15	ABR	2026	
CAMISA	X							2				
PANTALÓN							18	2				
CORBATA							X	2				
FAJA							X	1				
CHALECO							41	1				
GORRA							X	1				
APELLIDO							X	2				
BOTIN												
CARNET							X	1				
CORDÓN CARNET							X	1				
PORTA CARNET							X	1				
BOLSANA												
CUBRIOL												
BOTA CAÑA ALTA												
BOTA PANTANERA												
TRAJE TERMICO												
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALON TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALON SASTRE												
GORRA PLANA												
CORBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIZ												
PANTALON ANTIFRIZ												
BOTAS MOTORIZADO												
IMPERMEABLE												
PONCHO												
EPP												
KEPIS												

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	NOMBRE: Thalia Carmona	FIRMA: Thalia Carmona.
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	NOMBRE: Jonathan Alexander Ortiz Vanegas	FIRMA:

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia

El personal de Cuidar Ltda recibira un uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon es compromiso acatar con las siguientes directrices

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitida la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y un maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo francesa y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplir la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrita.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Thalia Ariadna Carmona

NOMBRE COMPLETO

Thalia Carmona

NÚMERO DE CÉDULA

1022423136

FIRMA

Thalia Carmona

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: ALOG-L-FT-07
Versión: 02
Vigente: 12/04/2021

APLICACIÓN A ENCARGOS

IDENTIFICACIÓN: 1.033.716.070

CARGO: VIGILANTE
PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR
FECHA DE INGRESO: 19.ABR.2026
FECHA DE ENTREGA: 15 ABR 2026
CUERPO APROBADO

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	TALLA M	TALLA L	TALLA XL	TALLA 2XL	TALLA 3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD
CHAQUETA				X				1
CHAMPA								
PANTALETA								
CORBATA								
FAJA							X	1
CAPUCHON								
CAMISA								
APELLIDO							X	2
ESCUDO								
CARNET							X	1
COLGANTE CARNET							X	1
PORTA CARNET							X	1
BOLIGRAFO							X	1
CUADRIL							40	2
BOTA CAÑA ALTA							40	1
BOTA RANTURERA							40	1
TRAJE TERMICO				X				1
CHAQUETA TACTICA								
CAMISA TACTICA								
PANTALON TACTICO								
BOTA TACTICA								
CHALECO								
SACO SASTRE								
PANTALON SASTRE								
CAMISA BLANCA								
CORBATA NEGRA								
CAMISA POLO								
CAMISETA								
CHAQUETA ANTERIOR								
PANTALON ANTERIOR								
BOTAS MOTORIZADO								
IMPERMEABLE								
PONCHO								
EPP								
KEPIS								

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	ELABORÓ: Jhon Fredi Osorio	FIRMA: JHON
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	FIRMA:

OBSERVACIONES	

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia

El personal de Cindar Ltda recibirá un uniforme con las exigencias requeridas por la Superintendencia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razón se compromete a cumplir con las siguientes directrices

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa
4. Presentar de manera completa y limpia el uniforme durante la jornada de la dotacion suministrada
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y un maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo frances y cortas. Los aretes deben ser cortos

En caso de incumplimiento la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Jhon Fredi osorio correa

NOMBRE COMPLETO

1037716070

NÚMERO DE CÉDULA

Jhon

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR	MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Código: ADMFT-FO-15
	PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA	Versión: 02
	CONTROL DE DOTACIÓN	Vigente: 23/09/2021

APELLIDOS Y NOMBRES: ROBLES LOZANO SALVADOR

IDENTIFICACIÓN: 1.032.375.191

CARGO: VIGILANTE

PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR

FECHA DE INGRESO: 19.ABR.2026

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA S	TALLA M	TALLA L	TALLA XL	TALLA 2XL	TALLA 3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DIA	FECHA DE ENTREGA MES	FECHA DE ENTREGA AÑO	CODIGO PRONTO
CHAQUETA			X					1	15	ABR	2026	
CAMISA			X					2				
PANTALÓN							34	2				
CORBATA							X	2				
FAJA							X	1				
ZAPATOS												
GANSA												
APELLIDO							X	2				
BOTIN							41	1				
CARNET							X	1				
CORDÓN CARNET							X	1				
PORTA CARNET							X	1				
GOLDINA												
OVEROL												
BOTA CAÑA ALTA												
BOTA PANTANERA												
TRAJE TERMICO												
CHAQUETA TACTICA												
CAMISA TACTICA												
PANTALON TACTICO												
BOTA TACTICA												
CHALECO												
SACO SASTRE												
PANTALON SASTRE												
CAMISA BLANCA												
CORBATIN VERDE												
CAMISA POLO												
CAMISETA												
CHAQUETA ANTIFRIZ												
PANTALON ANTIFRIZ												
BOTAS MOTORIZADO												
IMPERMEABLE												
PONCHO												
OFF												
KEPIS												

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	NOMBRE:	Salvador Robles	FIRMA:
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN		JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	FIRMA:

OBSERVACIONES	

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibirá un uniforme con las exigencias requeridas por la Supervigilancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razón se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de bonbo esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y un maquillaje de tha suave. Las uñas deben ser tipo francesa y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamada de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

Salvador Robles Lozano

NOMBRE COMPLETO

1032375191

NÚMERO DE CÉDULA

FIRMA

HUELLA INDICE DERECHO



CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

Código: ADMI-LO-F-11
Versión: 02
Vigencia: 22/09/2021

APELLIDOS Y NOMBRES: CASTRO CORONADO MARIA TERESA

IDENTIFICACIÓN: 1.022.936.225

CARGO: VIGILANTE

PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR

FECHA DE INGRESO: 19-ABR-2026

FECHA DE ENTREGA: DIA 14 MES ABR AÑO 2026

CODIGO PRENDAS

ELEMENTOS DE DOTACION	TALLA S	M	L	XL	2XL	3XL	TALLAS NUMERO	CANTIDAD
CHAQUETA	X							1
CAMPER							10	2
PANTALON							12	2
CORBATA							X	2
FAJA							X	1
GUANTES							37	1
GAFAS							X	1
IMPERMEABLE							X	2
BOTIN								
CARNET							X	1
CORDON CARNET							X	1
PORTA CARNET							X	1
BOLIGANA								
CHIPA DIVISA								
BOTA CAÑA ALTA								
BOTA PANTANERA								
TRAJE TERMICO								
CHAQUETA TACTICA								
CAMISA TACTICA								
PANTALON TACTICO								
BOTA TACTICA								
CHALECO								
SACO SASTRE								
PANTALÓN SASTRE								
CAMISA BLANCA								
CORBATIN VERDE								
CAMISA POLO								
CHAMARRA								
CHAQUETA ANTIFRIZ								
PANTALON ANTIFRIZ								
BOTAS MOTORIZADO								
IMPERMEABLE								
PONCHO								
EPP								
EPIS								

	NOMBRE	FIRMA
FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	MARIA TERESA CASTRO	MARIA TERESA CASTRO
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	FIRMA

OBSERVACIONES	

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuadra Ltda recibe el uniforme con los exigencias requeridas por la Superintendencia y que son acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio, por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral el se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Respetar la asignacion de la empresa acerca de ingresar al sitio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado fisico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y el maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo francesa y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamado de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

MARIA IGLESIA CASTRO C.

NOMBRE COMPLETO

HUELLA INDICE DERECHO



1077936225

NÚMERO DE CÉDULA

MARIA IGLESIA CASTRO

FIRMA

CUIDAR

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA
CONTROL DE DOTACIÓN

437

APELLIDOS Y NOMBRES: AROCA TAPIA DELFIN

IDENTIFICACIÓN: 79.749.716

CARGO: Vigilante

PUESTO: ALCALDIA CIUDAD BOLIVAR

FECHA DE INGRESO: 11.ENE.2025

CODIGO PROMOS:

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	TALLA						TALLA NÚMERO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA DÍA	MES	AÑO
	S	M	L	XL	XXL	XXXL					
CHAQUETA		X						1	24	ABR	2026
CAMISA		X						2			
PANTALÓN							30	2			
CORBATA							X	2			
BLUSA							X	1			
ZAPATOS											
BOMBA											
SWEATER							X	2			
BOTÓN							39	1			
CARNET											
CORDÓN CARNET											
PORTA CARNET											
ESCARPA											
OVEROL											
BOTA CAÑA ALTA											
BOTA PANTANERA											
TRAJE TÉRMICO											
CHAQUETA TÁCTICA											
CAMISA TÁCTICA											
PANTALÓN TÁCTICO											
BOTA TÁCTICA											
CHALECO											
SACO SASTRE											
PANTALÓN SASTRE											
CAMISA BLANCA											
CORBATÍN VERDE											
CAMISA POLO											
CAMISETA											
CHAQUETA ANTIFLUJ											
PANTALÓN ANTIFLUJ											
BOTAS MOTORIZADO											
IMPERMEABLE											
PONCHO											
EPP											
KEPIS											

FIRMA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	NOMBRE: DELFIN Aroca	FIRMA: Aroca Tapia Delfin
FIRMA RESPONSABLE ALMACÉN	NOMBRE: JONATHAN ALEXANDER ORTIZ VANEGAS	FIRMA:

OBSERVACIONES	

OBJETIVO:
Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de seguridad haga uso adecuado de uniforme Corporativo, para consolidar la identificacion corporativa y proyectando a nuestros clientes tanto internos como externos una imagen de seriedad y elegancia.

El personal de Cuidar Ltda recibira un uniforme con las exigencias requeridas por la Superviglancia y que sea acorde a las funciones a realizar en el puesto de servicio; por tal razon se compromete a cumplir con las siguientes directrices:

1. Presentarse a laborar con el uniforme completo entregado por la empresa.
2. Durante la jornada laboral se debe portar en todo momento el uniforme limpio y en buenas condiciones.
3. No esta permitido la modificacion del uniforme entregado por la empresa.
4. Reportar de manera inmediata a la empresa cuando se requiera el cambio de la dotacion suministrada.
5. Dar un uso adecuado y responsable de la dotacion suministrada durante la prestacion del servicio.
6. Se debe mantener un excelente nivel de aseo e higiene por parte del personal operativo.
7. Se debe mantener un estado físico adecuado y que se adecue a las condiciones del servicio.
8. El uso de barba esta prohibido y el cabello debe permanecer corto en el caso de los hombres.
9. Las mujeres deben llevar el cabello recogido y en maquillaje de dia suave. Las uñas deben ser tipo francesa y cortas. Los aretes deben ser cortos.

En caso de incumplirse la presente politica, sera sujeto de la siguientes escala disciplinaria:

a. Primera vez: Llamada de atencion verbal.
b. Segunda vez: Al existir una reincidencia se hara acreedor a un llamado de atencion escrito.
c. Tercera vez: Se podran tomar medidas como suspension o terminacion del contrato.

Con mi firma declaro haber leido y comprendido la presente politica.

DOLFIN Aroca

NOMBRE COMPLETO

HUELLA INDICE DERECHO



7974976

NÚMERO DE CÉDULA

AROCA TAPIA DAIRU

FIRMA

Yulder Alejandro Ferrecho 439

AXA COLPATRIA

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. 151926 correspondiente a la empresa Seracis Ltda.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
YULDER ALEJANDRO FERRECHO CANO	C.C.	1,013,618,551	19/04/2026

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 27 de abril de 2026 a las 03:21:42 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512626 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud epc-s

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Cotización subsidiada: SI [ ] NO [ ]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos: Primer apellido: Trujillo | Segundo apellido: Cano | Primer nombre: Guldei | Segundo nombre: Alejandro
9. Tipo documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 1013618557
11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]
12. Base de identificación: P [ ] M [X] T [ ] MR [ ] OTRO [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: Colombiano
14. Lugar de nacimiento: País: Colombia | Departamento: Bogotá | Municipio: Bogotá
15. Fecha de nacimiento: 22 / 11 / 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia [ ]
17. Comunidad [ ]
18. Discapacidad: SI [ ] No [ ] — Categoría de discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
19. Tiene encuesta SISBÉN: SI [ ] No [ ]
20. Clasificación SISBÉN: Nivel | Grupo
21. Grupo de población especial [ ]
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Axa Colpatria
23. Administradora de Pensiones: Porvenir
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1750905
25. Tarifa Cotización Subsidiada
26. Residencia: Calle 60 # 23 - 19 Sur | Teléfono: 3051165669 | Email: Trujillo.cano@hotmail.com
Bogotá | Bogotá | Localidad/Comuna | Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ] | Zona

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 completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
28. Tipo documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Base de identificación: P [ ] M [ ] T [ ] MR [ ] OTRO [ ] Cuál?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
34. Fecha de nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres completos: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	MR	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
01															
02															
03															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
01													
02													
03													

	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)
01								
02								
03								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
0		
0		
0		
0		

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

55. Nombre o razón social: Sociedad Ltda
56. Tipo de documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 811009280 - 1
58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: Av carrera 28 # 36 - 32 | 3123607082 | [illegible] | Bogotá | Bogotá

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FERRUCHO CANO YULDER ALEJANDRO** identificado(a) con **CC** número **1.013.618.551** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2024 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 16 de abril de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunícarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 360 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

PROVISER®
SEGURIDAD PRIVADA

Santiago de Cali, 03 de Diciembre del 2025

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente nos permitimos certificar que el señor ***FERRUCHO CANO, YULDER ALEJANDRO*** *(a) Identificación* ***1013618551*** *laboró en la Compañía desde el* ***31 de Mayo del 2021*** *hasta el* ***25 de Noviembre del 2025*** *desempeñando el cargo de* ***GUARDA DE SEGURIDAD.***

Para constancia de lo anterior se firma en Santiago de Cali, a los tres (03) días del mes de Diciembre del año 2025.

Atentamente,

Tatiana Coral

TATIANA CORAL OSSA
COORDINADORA DE RETENCION
Teléfono: 3168337682

Recuerde: El horario para la verificación de las cartas laborales son los martes y jueves de 4 pm a 5 pm vía telefónica 3168337682 o al correo electrónico auxgestionhumana@proviseritda.com.

coface

443

FORTOX®
SECURITY GROUP
Seguro, lo hacemos

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) ***YULDER FERRUCHO CANO*** *, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.* ***1013618551*** *de* ***BOGOTA****, prestó sus servicios de manera discontinua a esta empresa, desempeñandose en su ultimo el cargo como* ***VIGILANTE*** *en:*

1. *La empresa Fortox S.A. desde el* ***16 DE FEBRERO DE 2018*** *hasta el* ***15 DE FEBRERO DE 2019.***
2. *Motivo del Retiro:* ***VENCIMIENTO DE CONTRATO***

Con anterioridad a este contrato, el trabajador presto sus servicios a la empresa de manera discontinua desde ***09 DE FEBRERO DE 2017*** *y sumada a la vigencia de los distintos contratos se arroja como resultado un total de servicio a nuestra empresa de:*

2 AÑO(S)

Lo anterior se expide de conformidad a lo establecido en la ley 1636 de 2013 y Decreto 2852 del 2013.
Se expide en ***BOGOTA DC, 18 DE FEBRERO DE 2019****.*

Atentamente

LEIDY JOHANNA GALINDO SALAMANCA

Se verifican las certificaciones únicamente los días martes y jueves 7477878 en la Ext. 1326 (Bogotá)

ENTREGA DE DOTACIÓN

SERACIS

NOMBRE: Yulber Alejandro Ferrucho Cano CÉDULA: 1013615551

FECHA DE INGRESO: 12/04/22 CÓDIGO: Torre A

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE PRENDA	CANTIDAD		FIRMA DE QUIEN RECIBE	FIRMA DE QUIEN ENTREGA
		Entrega	Devolución		
	Zapato Cole. N 7 39	1			
	Pantalon Cole. H. 7 34	2			
	Camisa Cole 7 42	2			
	Chaqueta T. 40	1			
	Gorra	1			
	Reata	1			
	Corbata	1			
	Brazalete	1			

Este es un documento controlado, una vez se descargue de nuestro sistema o se imprima se considera copia no controlada

Yudelkis León Torres

445

AXA COLPATRIA

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. 151926 correspondiente a la empresa Seracis Ltda.

Nombre	T. I	Número de identificacion	Fecha de inicio cobertura
YUDELKIS LEÓN TORRES	C.C.	1,032,504,993	19/04/2026

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 27 de abril de 2026 a las 11:22:28 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512520 ó en Bogotá 4235757.

446

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 91_7785667

Por favor imprima esta comprobante como constancia de la novedad reportada

Reingreso 1	
Empleador	NI 811007280 SERACIS LTDA
Afiliado	CC 1032504993 YUDELKIS LEON TORRES
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,750,905
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CALLE 56 # 71 37
Fecha de ingreso	19/04/2026
Fecha de radicación	30/04/2026 11:16:37 a.m.
Código de Transacción	217060243
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 05/2026

Fecha de generación 30/04/2026

447

Pensiones Obligatorias

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES CESANTÍAS Y DEL COMPONENTE COMPLEMENTARIO DE AHORRO INDIVIDUAL PORVENIR S.A.

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

YUDELKIS LEON TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.504.993**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 26 de noviembre de 2021.

La presente certificación se expide el 15 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.

448

DETECCIÓN
SEGURIDAD PRIVADA Ltda.

LA DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

HACE CONSTAR

Que el (a) Señor(a) **LEON TORRES YUDELKIS** con cedula de ciudadanía No. **1032504993** laboró en la empresa DETECCION SEGURIDAD PRIVADA LTDA, bajo el cargo de **VIGILANTE** con contrato a término obra o labor desde el 29 DE MARZO DE 2025 al 20 de febrero de 2026.

En constancia se expide a solicitud del interesado con fecha 12 de febrero de 2026.

Atentamente,

Adriana Paola Lugo Ramos
Director de Recursos Humanos
Detección Seguridad Privada Limitada

GS-186
OOSP-006
GA-009
GC-MF
V8

349

TECNISEG

NIT. 830.053.689-1

TECNOLOGÍAS INTEGRALES DE SEGURIDAD DE COLOMBIA LTDA.

HACE CONSTAR

Que el(a) Señor(a), LEON TORRES YUDELKIS , Identificado(a) con la Cedula de Ciudadania No, 1.032.504.993 de BOGOTA D.C., laboró en esta empresa desempeñando el cargo de GUARDA DE SEGURIDAD

FECHA DE INGRESO: miércoles, 1 de mayo de 2024

FECHA DE RETIRO: jueves, 27 de marzo de 2025

MOTIVO DEL RETIRO: Terminacion de Contrato

En constancia se expide a solicitud del interesado con fecha: lunes, 7 de abril de 2025

Cordialmente,

Marissa Reyes Parra.

MARISSA REYES PARRA
Directora Gestión Humana

450

VIGILANCIA
ACOSTA LTDA.

Calle 98 No. 10
Bogotá - Colombia
(571) 256 0020
www.vigilanciaacosta.com.co

LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA

HACE CONSTAR:

Que el (a) Señor (a) **LEON TORRES YUDELKIS**, identificado (a con cédula de ciudadanía **No. 1.032.504.993**, laboró en nuestra Empresa desde el 28 de febrero de 2023 hasta el 30 de abril de 2024, desempeñando el cargo de **GUARDA DE SEGURIDAD.**

Esta constancia se expide en la ciudad de Bogotá, a los dos (02) días del mes de mayo del dos mil veinticuatro (2024).

VIGILANCIA ACOSTA LTDA.
NIT. 800.085.526-9

DIANA MARCELA MEJÍA ARIAS
DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA

Elaboró: Kelly G.

451

ENTREGA DE DOTACIÓN

SERACIS

NOMBRE: Juan Torres Rodelo

CÉDULA: 1052 504 993

FECHA DE INGRESO:

CÓDIGO: Alcaldía

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE PRENDA	CANTIDAD		FIRMA DE QUIEN RECIBE	FIRMA DE QUIEN ENTREGA
		Entrega	Devolución		
	Blusa Gris. T 12	2			
	Pantalon gris T14	2			
16/04/26	zapato: T 37	1			
	Chaqueta 34	1			
	Gorra	1			
	Pecera	1			
	Brazalete camet	1			
	Corbata	1			

07/02/2022
Versión:01

F-GA-15

Este es un documento controlado, una vez se descargue de nuestro sistema o se imprima se considera copia no controlada

wendy Soler espejo 452

AXA COLPATRIA

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. 151926 correspondiente a la empresa Seracis Ltda.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de Inicio cobertura
WENDY YERALDIN SOLER ESPEJO	C.C.	1,073,700,111	19/04/2026

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de Internet www.axacolpatria.co, el lunes 27 de abril de 2026 a las 12:09:15 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512520 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016725671	2020/12/02 08

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

1. Tipo de trámite: a. Afiliación ☐ — b. Traslado de Inmediatez ☒
2. Tipo afiliado: A. Cotizante ☒ — B. Beneficiario ☐ — C. Adicional ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ — B. Subsidiado ☐
4. Ocupación Beneficiario: 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. Código (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: Primer apellido: SOLER — Segundo apellido: ESPEJO — Primer nombre: WENDY — Segundo nombre: YERALDIN
9. Tipo documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1072758111
11. Base biológica: Femenino ☒ — Masculino ☐
12. Base identificación: F ☒ — M ☐ — T ☐ — NR ☐ — Otro ☐ — Cual
13. Nacionalidad: COLOMBIA
14. Lugar Nacimiento: País: COLOMBIA — Departamento: BOGOTA — Municipio: BOGOTA
15. Fecha Nacimiento: 1992/08/03

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia: 5
17. Comunidad:
18. Discapacidad: SI ☐ — No ☒ — Categoría Discapacidad:
19. Pais de nacimiento SISBEN: SI ☐ — NO ☒
20. Clasificación SISBEN: Nivel: — Orden:
21. Grupo poblacional especial:
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR PIC
24. Ingreso base de cotización / IBC: 1152903
25. Tarifa Contribución Solidaria:
26. Residencia: Dirección: CR 4 ESTE 10 06 — Teléfono fijo: — Teléfono celular: 3139972205 — Correo electrónico: SULDIN@GMAIL.COM
Departamento: CUNDINAMARCA — Municipio/Distrito: SOACHA — Localidad / cuenca: — Zona: Urbana cabecera municipal ☐ — Urbana centro poblado ☒ — Rural disperso ☐ — Rango 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. Base biológica: Femenino ☐ — Masculino ☐
31. Base identificación: F ☐ — M ☐ — T ☐ — NR ☐ — Otro ☐ — Cual
32. Nacionalidad
33. Lugar Nacimiento: País — Departamento — Municipio
34. Fecha Nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

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

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Escuela SISBEN: SI	No	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Orden	49. Discapacidad: SI	No	Categoría	50. Acudiente? Peticionario: SI	No
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Rango rural	Teléfono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad / Cuenca	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

Solicitud de IVC (Cónyuge)

	53. Nombre de la Sociedad Fiduciaria de Salud - SFS	54. Código de la SFS Asignado por la EPS
C	VS SOACHA TERRENOS	VSSOACHA
1	VS SOACHA TERRENOS	VSSOACHA
2		
3		
4		

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

55. Nombre o razón social: SOYACIS LTDA
56. Tipo de Identificación: NIT
57. Número de documento de identificación: 811007288
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones a registrar por la EPS: 01

59. Dirección: CL 34 FI 37 EST 330 COL 3208160160
60. Teléfono fijo o celular: 4972828
61. Correo electrónico: LVALDERRAMA@SOYACIS.COM
62. Departamento: BOGOTA
63. Municipio/Distrito: BOGOTA

454

porvenir

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

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

WENDY YERALDIN SOLER ESPEJO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.706.111**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Abril 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.

Grupo AVAL

SEPECOL
Seguridad del Pentágono Colombiano Ltda.
NIT 860526403 - 1

Desde 1985

EL SUSCRITO DIRECTOR(A) DE
TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que el(a) señor(a) **WENDY YERALDIN SOLER ESPEJO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No **1.073.700.111** de **SOACHA,** laboró en esta empresa desempeñando el cargo de **VIGILANTE.**

FECHA DE INICIO: 10 DE OCTUBRE DE 2024

FECHA DE FINAL: 04 DE JUNIO DE 2025

MOTIVO DE RETIRO: RENUNCIA VOLUNTARIA

En constancia se expide a solicitud del interesado con fecha 18 de junio de 2025.

Cordialmente,

DEISY PAOLA OSORIO GUEVARA
Directora Talento Humano

Calle 74D # 70F - 22 | Sede Bonanza
info@sepecol.com
www.sepecol.com
601 437 2555

456

sejarpi
SEGURIDAD PRIVADA

NIT.804010775-9

COMPROMETIDOS POR SU SEGURIDAD

CERTIFICAMOS QUE:

APELLIDOS Y NOMBRES:	SOLER ESPEJO WENDY YERALDIN
CEDULA DE CIUDADANIA:	*1.073.700.111*
FECHA DE INGRESO:	07 de marzo de 2024.
FECHA DE RETIRO:	21 de septiembre de 2024.
CARGO DESEMPEÑADO:	VIGILANTE
MOTIVO DE RETIRO:	terminación convenio laboral.
OBSERVACIONES:	**NINGUNA.**

La presente certificación se expide en Bogotá, a los (23) días del mes de septiembre de 2024.

Atentamente,

ALBA LUZ MENDOZA HURTADO
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO
c.c. Hoja de vida.

457

ENTREGA DE DOTACIÓN

SERACIS

NOMBRE: Soto Espejo Wendy Yeraldin

CÉDULA: 1093 900 111

CÓDIGO: Ustasur Alcaldía

FECHA DE INGRESO:

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE PRENDA	CANTIDAD		FIRMA DE QUIEN RECIBE	FIRMA DE QUIEN ENTREGA
		Entrega	Devolución		
	Zapato Cda D T. 38	1			
10	Blusa Cda D. T 12	2			
10	Pantalón Cda D T 12	2			
10	Chaqueta Cda T. 34	1			
10	Gorra	1			
10/04/21	Corbata	1			
	Cinturón	1			
	Brazalete	1			

07/03/2022
Versión 21

F-GA-15

Este es un documento controlado; una vez se descargue de nuestro sistema o se imprima se considera copia no controlada

Ramiro Rodriguez Paez 45

AXA COLPATRIA

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. 151926 correspondiente a la empresa Seracis Ltda.

Nombre	T. I	Número de identificacion	Fecha de inicio cobertura
RAMIRO RODRIGUEZ PAEZ	C.C.	79,922,836	19/04/2026

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 27 de abril de 2026 a las 01:53:45 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512820 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación	Fecha de Radicación
40167228824	2020/04/20 08:38

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☐ B. Registro de Novedades ☒
2. Tipo afiliado: A. Individual — Cotizante Cabeza de familia ☒ / Beneficiario afiliado adicional ☐ / B. De oficio ☐ — B. Colectivo ☐ — C. Institucional ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Contribución Subsidio: Sí ☐ 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. Código (a registrar por la EPS): ☐☐

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres				
ACEVEDO CT Primer apellido	FACT Segundo apellido	RAMIRO Primer nombre	Segundo nombre	
9. Tipo documento de identidad: CC	10. Número del documento de identidad: 79023539	11. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación: F ☐ M ☒ T ☐ NR ☐ Otro ☐ Cual:	
13. Nacionalidad: COLOMBIA	14. Lugar Nacimiento: País COLOMBIA	Departamento BOGOTA	Municipio BOGOTA	15. Fecha Nacimiento: 2/09/1958

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia: 6	17. Comunidad	18. Discapacidad: Sí ☐ No ☒ — Categoría Discapacidad	
19. Tiene encuesta SISBEN: Sí ☐ NO ☒	20. Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo	21. Grupo poblacional especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: ASX COMPAÑIA SEGUROS DE VIDA S.A.	23. Administradora de Pensiones: COLPENSIONES	24. Ingreso base de cotización - IBC: 1150000	25. Tarifa Cotización Solidaria
26. Residencia: Dirección: Kra 19 Vía PASTELLA FCA EL ESPINA	Teléfono fijo	Teléfono celular: 3143547849	Correo electrónico: PACEVEDORAZ@GMAIL.COM
Departamento: BOYACA	Municipio/Distrito: BOGOTA	Localidad / comuna: 8054	Área: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒ Rural dispersa ☐ Rural nuclear ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres				
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NR ☐ Otro ☐ Cual:	
32. Nacionalidad	33. Lugar Nacimiento: País / Departamento / Municipio		34. Fecha Nacimiento	

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

	35. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

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

Datos complementarios de beneficiarios

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Encuesta SISBEN: Sí	No	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: Sí	No	Categoría	50. Discapacidad Permanente: Sí	No
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	ZONA: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Rural nuclear	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

Solicitud de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS: VS EXCLUYE	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS): VS EXCLUYE
01		
02		
03		
04		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de cotización a pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ISMACIB LTDA	NIT	811007390	01

59. Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
CL 94 71 37 INT 208 CO, 3208190795	4672429	L.VALDERRAMA@ISMACIB.COM	BOGOTA	BOGOTA

460

Colfondos
un gran HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) RAMIRO RODRIGUEZ PAEZ identificado(a) con C.C No. 79.922.836, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 16 de abril del 2026.

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

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

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

COMERBAS S.A.S

461

CERTIFICADOR: COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS BASICOS SAS NIT: 900402520-9

CENTRO DE EVALUACIÓN: COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS BASICOS SAS

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PSICOFÍSICA PARA TENENCIA Y PORTE DE ARMAS DE FUEGO LEY 1539/2012

Solicitado por: GRANADINA DE VIGILANCIA LTDA

Fecha: 20/11/2025

Comercializadora de Servicios básicos SAS certifica que el trabajador **RAMIRO RODRIGUEZ PAEZ** con numero de documento CC 79922836 acude el día de hoy a valoración para exámenes psicofísicos obteniendo concepto de Aptitud como **APTO**

Dra. Emileydis Millán
MEDICO GENERAL
R.M. 4.711.798

Emileydis Millán

Registro medico: 4711798

Medico Certificador

462

sejarpi
SEGURIDAD PRIVADA

NIT.804010775-9

COMPROMETIDOS POR SU SEGURIDAD

CERTIFICAMOS QUE:

APELLIDOS Y NOMBRES:	***RODRIGUEZ PAEZ RAMIRO***
CEDULA DE CIUDADANIA:	***79.922.836***
FECHA DE INGRESO:	22 de abril de 2023
FECHA DE RETIRO:	21 de septiembre de 2024.
CARGO DESEMPEÑADO:	VIGILANTE
MOTIVO DE RETIRO:	TERMINACION DE CONVENIO LABORAL.
OBSERVACIONES:	**NINGUNA.**

La presente certificación se expide en Bogotá, a los (25) días del mes de septiembre de 2024.

Atentamente,

ALBA LUZ MENDOZA HURTADO
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

EL SUSCRITO DIRECTOR(A) DE
TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que el(a) señor(a) **RAMIRO RODRIGUEZ PAEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía No **79922836** de **BOGOTÁ, D.C.**, laboró en esta empresa desempeñando el cargo de **VIGILANTE.**

FECHA DE INICIO: 10 DE OCTUBRE DE 2024
FECHA DE FINAL: 04 DE JUNIO DE 2025
MOTIVO DE RETIRO: RENUNCIA VOLUNTARIA

En constancia se expide a solicitud del interesado con fecha 6 de junio de 2025.

Cordialmente,

DEISY PAOLA OSORIO GUEVARA
Directora Talento Humano

464

REFERENCIA PERSONAL

A QUIEN INTERESE

Yo **Yenny paola sanchez gonzalez** residente de la ciudad de bogota identificada como aparece al pie de mi firma, certifico que conozco al señor **ramiro Rodriguez Paez** dentificado con cedula de ciudadania **No 7992236 de bogota**,desde hace 8 años, tiempo considerable para dar fe de que es una persona honesta, respetuosa, de buenas costumbres y cumplidora de sus deberes laborales y de familia.

Para verificación de la presente adjunto al pie de mi firma mis datos personales

La presente se expide a solicitud del interesado a los 13 dias del me de abril del 2026

Cordialmente,

Yenny S.

Yenny paola sanchez gonzalez
C.C 1033776933 de bogota
Tel: 311575067

465

ENTREGA DE DOTACIÓN

SERACIS

NOMBRE: Rodriguez Paez Ramiro CÉDULA: 79922836

FECHA DE INGRESO: CÓDIGO: Pasilla Parrado Kilate

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE PRENDA	CANTIDAD		FIRMA DE QUIEN RECIBE	FIRMA DE QUIEN ENTREGA
		Entrega	Devolución		
17/04/2026	Bata Militar T.38	1			
	Overol Gris T. 36	2			
	Chaqueta G.S T.38	1			
	Gorra	1			
	Resta	1			

5/05/2022
Versión 01

F-GA-15

Este es un documento controlado; una vez se descargue de nuestro sistema o se imprima se considera copia no controlada

Paola Andrea Beltran Beltran 466

AXA COLPATRIA

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. 151926 correspondiente a la empresa Seracis Ltda.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
PAOLA ANDREA BELTRAN BELTRAN	C.C.	1,033,789,959	19/04/2026

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 27 de abril de 2026 a las 11:06:23 a. m.

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

467

EPS Sanitas

Bogota 30.04.2026

Señores,
SERACIS Y CIA LTDA - NI 811007280
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 7 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2026-04-30 con numero de radicado 8032809 :

Cordialmente,

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

468

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAOLA ANDREA BELTRAN BELTRAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1033789959**, se encuentra afiliado/a desde **23/01/2017** 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 15 de abril 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.

469

VISAN®
Seguridad Privada

Bogotá. D. C. 25 de abril de 2024

LA SUSCRITA JEFE DE GESTIÓN HUMANA DE VIGILANCIA SANTAFEREÑA & CIA LTDA

HACE CONSTAR

QUE EL SEÑOR(a):	BELTRAN BELTRAN PAOLA ANDREA
CON CEDULA :	1033789959 DE BOGOTA
INGRESO EL DIA :	lunes, 20 de noviembre de 2023
CARGO:	VIGILANTE
RETIRO:	jueves, 25 de abril de 2024
TIPO DE CONTRATO:	A labor contratada
OBSERVACIONES:	SE EXPIDE A SOLICITUD AL INTERESADO

Cordialmente,

Nancy Cardenas Vargas
JEFE DE GESTION HUMANA

470

PEGASO LTDA.
EMPRESA DE VIGILANCIA
---------- NIT. 900.468.635.0 ----------

SuperVigilancia

LA EMPRESA DE VIGILANCIA PEGASO LTDA. DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 57 NUMERAL 7 DEL CÓDIGO SUSTANTIVO

DEL TRABAJO

HACE CONSTAR QUE

El (la) señor(a) **PAULA ANDREA BELTRAN BELTRAN,** identificado(a) con cedula de ciudadanía No.**1033789959,** laboro con esta entidad desde el **05 de febrero del 2019** hasta el **16 de diciembre del 2021,** con un contrato a término fijo superior a un año, desempeñándose en el cargo de **GUARDA.**

La presente se expidió a solicitud del (la) interesado (a) a los **17 días de diciembre del 2021.**

Para certificar la información aquí plasmada por favor comunicarse únicamente y exclusivamente con la dirección de Gestión Humana de la empresa de vigilancia **PEGASO LTDA**

DIEGO FERNANDO BARBOSA
Director General y Administrativo

Elaboro
Viviana Andrea Aya
Analista de gestión humana y contratación

Reviso
Valentina López Gonzales Auxiliar financiero

471

ENTREGA DE DOTACIÓN

SERACIS

NOMBRE Bellion Bellion Rada Andrea CÉDULA: 1.033.769.959

FECHA DE INGRESO: CÓDIGO: Alcaldía

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE PRENDA	CANTIDAD		FIRMA DE QUIEN RECIBE	FIRMA DE QUIEN ENTREGA
		Entrega	Devolución		
16/04/26	Zapato Gala T 38	1			
	Blusa Gala T 14	2			
	Pantalon gala T 16	2			
	Chaqueta T 40	1			
	Gorra	1			
	Reata	1			
	corbata	1			

07/03/2022
Versión 01

Página 1 de 1

F-GA-15

Este es un documento controlado, una vez se descargue de nuestro sistema o se imprima se considera copia no controlada

Pablo Roberto Rodriguez Andrade. 472

AXA COLPATRIA

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. 151926 correspondiente a la empresa Seracis Ltda.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de Inicio cobertura
PABLO ROBERTO RODRIGUEZ ANDRADE	C.C.	80,462,138	19/04/2026

Cordialmente,

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 27 de abril de 2026 a las 10:43:29 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512622 ó en Bogotá 4235757.

475

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar
NIT 830.003.564-7

9012846985
9012846985

30567758

Fecha de Radicación: 29 04 2026

I. DATOS DEL TRAMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de Traslado	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Condición beneficiario	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación — B. Traslado: X	A. Normal — Cotizante trabajador dependiente o afiliado voluntario: X — B. Cesantía — C. Pensionado — D. Ex-oficio	A. Contributivo: X — B. Subsidiado:	Si: — No:	A. Cotizante: X — B. Beneficiario — C. Cónyuge o compañero permanente — D. Padre o madre — E. Afiliado adicional	A. Dependiente: X — B. Independiente — C. Pensionado	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: RODRIGUEZ	Segundo Apellido: ANDRADE	Primer Nombre: PABLO	Segundo Nombre: ROBERTO

8. Tipo de documento de identidad	9. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	80452138	Femenino: — Masculino: X	Femenino: — Masculino: — Otro: — Ninguno:	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				04 11 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos consensuados)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		SI: — NO: X	SI: — NO:	Nivel: — Puntaje:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa cotización voluntaria
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A		$1.750.905	

26. Residencia			
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabecera Municipal — Rural Disperso — Centro Poblado — 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
		Femenino: — Masculino:	Femenino: — Masculino: — Otro: — Ninguno:	

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	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	
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Nacionalidad preferencial
01								
02								
03								
04	*							
05								

	51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal — Rural Disperso — Centro Poblado — Resto Rural				Teléfono fijo y/o celular	
01								
02								
03								
04								
05		Dirección	Localidad / Comuna				Correo electrónico	
01								
02								
03								
04								
05								

474

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ ANDRADE PABLO ROBERTO** identificado(a) con **CC** número **80.452.138** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2002 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 13 de abril de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunícarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.walkvox.com/proteccion/index.php**

475

sejarpi
SEGURIDAD PRIVADA

NIT.804010775-9

COMPROMETIDOS POR SU SEGURIDAD

CERTIFICAMOS QUE:

APELLIDOS Y NOMBRES:	***RODRIGUEZ ANDRADE PABLO ROBERTO***
CEDULA DE CIUDADANIA:	***80.452.138***
FECHA DE INGRESO:	04 de marzo de 2023
FECHA DE RETIRO:	21 de septiembre de 2024.
CARGO DESEMPEÑADO:	VIGILANTE
MOTIVO DE RETIRO:	TERMINACION CONVENIO LABORAL.
OBSERVACIONES:	**NINGUNA.**

La presente certificación se expide en Bogotá, a los (26) días del mes de septiembre de 2024.

Atentamente,

ALBA LUZ MENDOZA HURTADO
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO
c.c. Hoja de vida.

SEPECOL
Seguridad el Pentágono Colombiano Ltda.
NIT 860526603 - 1

Desde 1985

EL SUSCRITO DIRECTOR(A) DE
TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que el(a) señor(a) **PABLO ROBERTO RODRIGUEZ ANDRADE** identificado(a) con cédula de ciudadanía No **80452138** de **BOGOTÁ, D.C.,** laboró en esta empresa desempeñando el cargo de **VIGILANTE.**

FECHA DE INICIO: 10 DE OCTUBRE DE 2024
FECHA DE FINAL: 04 DE JUNIO DE 2025
MOTIVO DE RETIRO: RENUNCIA VOLUNTARIA

En constancia se expide a solicitud del interesado con fecha 5 de junio de 2025.

Cordialmente,

DEISY PAOLA OSORIO GUEVARA
Directora Talento Humano

4/11

ENTREGA DE DOTACIÓN

SERACIS

NOMBRE: Rodriguez Andrade Pablo Roberto CÉDULA: 80 432. 138

FECHA DE INGRESO: CÓDIGO: Alcaldia

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE PRENDA	CANTIDAD		FIRMA DE QUIEN RECIBE	FIRMA DE QUIEN ENTREGA
		Entrega	Devolución		
	Camisa Galatt. T40	2			
	Pantalon Gala T32	2			
14/04/22	Zapato Gala T41	1			
	Gorra	1			
	Bata	1			
	Cabatel 35	1			
	Chaqueta T 46	1			
	Brazalete				

Este es un documento controlado, una vez se descargue de nuestro sistema o se imprima se considera copia no controlada