REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.193.571.055**

BERMUDEZ DIAZ

APELLIDOS

JHON JAIRO

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUN-2002**

CUNDAY
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

28-AGO-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01155034-M-1193571055-20200831 **0071**602138A 1 8500575070

CER_AFI_2026027173617

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Jhon Jairo Bermudez Diaz identificado con CC. 1193571055 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	COMERCIALIZADORA CASTAÑO CARDOZO SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 900590296

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/05/09	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5433001

Esta certificación se expide a los 8 días del mes de mayo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC08052026N1193571055A17879231.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Éxito únicamente para cotizantes y afiliados al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

B136

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRAMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRAMITE	2. TIPO DE AFILIADO	3. RÉGIMEN
A. AFILIACION [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]	A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [✓] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		DÍA MES AÑO

A. AFILIACION

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BERMUDEZ	DIAZ	JHON	JAIRO

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CN [ ] SC [ ]	1.193.571.055	F [ ] M [X]	DÍA 11 MES 06 AÑO 2002

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	Tipo	Condición	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PROTECCION	1.750.905	CLL 41 17-26	U [X] R [ ]		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
BOGOTA	CUNDINAM		3142869506		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CN [ ] SC [ ]			DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1								F [ ] M [ ] C [ ]	T [ ] P [ ]
2								F [ ] M [ ] C [ ]	T [ ] P [ ]
3								F [ ] M [ ] C [ ]	T [ ] P [ ]
4								F [ ] M [ ] C [ ]	T [ ] P [ ]

32. DATOS DE RESIDENCIA

	CÓDIGO DEPARTAMENTO	CÓDIGO MUNICIPIO	ZONA	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (si diferente a UPC)	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R [ ] U [ ]					I [ ] II [ ]	
2			R [ ] U [ ]					I [ ] II [ ]	
3			R [ ] U [ ]					I [ ] II [ ]	
4			R [ ] U [ ]					I [ ] II [ ]	

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

36. Nombre o Razon Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o cotizante de pensiones
CARDOZO COMERCIALIZADORA CASTANO	RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [X]	900590296		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN				
CLL 134 #45B 57 LC3 BETA	C/MARCA		3006277797	adm.ccardozo@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
8 05 2026	Aux Obra	1.750.905

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
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. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD [✓]
   a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
   b) AL 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 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
BERMUDEZ	DIAZ	JHON	JAIRO

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CN [ ] SC [ ]	1193571055	F [ ] M [X]	11 06 2002

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. SEDE DE TRABAJO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
08 5 2026			COMPENSAR

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Jurada para el cotizante: Declaro que conozco mis deberes y derechos como afiliado(a) [illegible] identificado(a) con [illegible] No. [illegible] y autorizo el día [illegible] del mes [illegible] del año [illegible].

50. Declaro no pertenecer a ninguna otra Caja de Subsidio Familiar y afiliarme exclusivamente a [illegible] reportando oportunamente [illegible]

51. Declaro que la información aquí suministrada es veraz y corresponde a la verdad, por lo cual asumo la responsabilidad [illegible]

52. Declaro que he recibido de la Caja de Compensación Familiar [illegible] el folleto informativo [illegible]

53. Declaro que conozco mis deberes y derechos como afiliado(a) [illegible] identificado(a) con [illegible] No. [illegible] y autorizo el día [illegible] del mes [illegible] del año [illegible].

54. Autorizo para que la EPS reporte la información que se genere de la atención o del suceso de [illegible] a la Caja de Compensación Familiar [illegible] Ley 1581 de 2012.

55. Autorizo para que la EPS reporte los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o adicionales [illegible] Ley 1581 de 2012.

56. Autorizo para que la EPS envíe información de interés asociado [illegible] a través de medios electrónicos o físicos.

COMERCIALIZADORA CASTANO CARDOZO S.A.S
Nit. 900590296-8
Dir. Cll 134 N 45B - 57 Lc. 3
Tel.: 7257653

VIII. FIRMAS

58. Firma del cotizante, beneficiario o beneficiario	59. Firma quien [illegible] empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
JHON	Martin Javier Cardozo

IX. ANEXOS

60. Número total de documentos en folios: CM [ ] DC [ ] TI [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] Otro [ ] Cuál? [ ] Total [1]

61. Copia del documento de identidad del cotizante ampliado por la autoridad competente.
62. Copia del registro civil de nacimiento [illegible] de la Entidad Pública, acta de conciliación o sentencia judicial que determine la unión marital.
63. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y bienes, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
64. Copia del certificado de nacimiento o Tarjeta de identidad del menor.
65. Copia del documento que acredite la calidad de estudiante.
66. Copia de [illegible] para el cónyuge o compañero(a) permanente, el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante [illegible] la ausencia de los dos padres.
67. Documento en el que conste la [illegible] Social Internacional en Salud.
68. Copia de la autorización de [illegible] para verificar situaciones especiales.
69. Certificación de estudios o [illegible] que acredite [illegible] en la que declare la calidad de beneficiario o [illegible] la afiliación colectiva.
70. Copia de otros documentos o [illegible] que sean [illegible] para el reconocimiento de la novedad.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]	Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación		
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los documentos contenidos en el capítulo VII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

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

Yo Jhon Jaivo Bermudez Diaz identificado (a) con CC [X] Otro: ____
número 1193571055 de Cundag (T) certifico que

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SI [X] No [ ]
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SI [X] No [ ]
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SI [X] No [ ]
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SI [X] No [ ]
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SI [X] No [ ]
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SI [X] No [ ]
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SI [X] No [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3142869506
y/o correo electrónico: adm.ccardoso@gmail.com
SI [X] No [ ]

Cordialmente

Firma: JMoue
Tipo ID: CC No. ID: 1.193.571.055
Fecha (dd/mm/aaaa) 8/5/2026.
Dirección: CLL 41 17-26
Tel: 3142869506 Municipio Bgta
Departamento: CMARCA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: ____
Tipo ID: ____ No. ID: ____
Fecha (dd/mm/aaaa): ____
Dirección: ____
Tel: ____ Municipio ____
Departamento: ____

Huella

Manifiesto que he leído la totalidad de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en atención a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consultada al inverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: ____
Código ____ Oficina ____

Autorizaciones

En virtud de la anterior condicación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999 a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien esta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informo sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento está expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
* Presentar ante la superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 65k No. 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de si misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI / NO
			$				

Nivel de Escolaridad								
	Ninguno	Secundaria	Normalista	Profesional	Doctorado	Posicion Ocupacional	Patron/Empleador	Contratista	Trabaja por su Cuenta
	Preescolar	Media académica o clásica (bachillerato básico)	Técnico Profesional	Especialización	Ultimo Grado	Inicio Contrato	Fin Contrato		
	Básico Primaria	Media técnica (bachiller técnico)	Tecnológica	Maestría	Aprobado				

SEÑOR AFILIADO: PARA EFECTOS DE LA PRESENTE SOLICITUD, USTED DEBE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA EL PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DESEA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERARÁ MORA, LA CUAL DEBERÁ CANCELAR HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE EL RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 1406 ART. 57 DE 1999 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT / C.C. / T.I. / C.E. / P.A. / C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERMUDEZ DIAZ JHON JAIRO** identificado(a) con **CC** número **1.193.571.055** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de julio de 2021 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 08 de mayo de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

Bogotá D.C., 8 de Mayo 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 8/5/2026, 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 1193571055
Nombres y Apellidos	JHON JAIRO BERMUDEZ DIAZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 900590296
Razón Social Empleador	COMERCIALIZADORA CASTAÑO CARDOZO SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	8/5/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	8/5/2026
Cargo	AUX CONSTRUCCION
Horas Labor Mes	240
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 uZLZlOxNS

Vigilado Supersubsidio

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Cundinamarca, Bogotá DC.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

900590296-8 - COMERCIALIZADORA CASTAÑO CARDOZO SAS

Paciente	JHON JAIRO BERMUDEZ DIAZ	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1193571055	Fecha	8 mayo 2026
Edad	23 años	Genero	Masculino
Estado Civil	Soltero(a)	Nivel de Estudio	Técnico
Dirección	N/A	Ocupación	AUXILIAR DE OBRA
Sector Economico	CONSTRUCCION	EPS	NUEVA EPS S.A. -CM
AFP	PROTECCION	ARL	SURA

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto	Énfasis
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 8 mayo 2026

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMÍA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCION AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCIÓN

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

JHON JAIRO BERMUDEZ DIAZ

CC: 1193571055
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado