Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ARNETH BOLAÑOS MORALES identificado(a) con CC. 1003561869 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2022/02/14**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 16 días del mes de 02 del año 2026.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

155

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BOLAÑOS MORALES ARNETH** identificado(a) con **CC** número **1.003.561.869** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de febrero de 2014 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 febrero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.127.665.582
MONTERO ATENCIO

APELLIDOS
ALVARO JOSE

NOMBRES

Alvaro Jose

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-2001
ZULIA-SANTA BARBARA
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

13-ENE-2020 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01131794-M-1127665582-20200212 0070072530A 2 53968552

ARL | sura

Medellín, 12 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0206144019 VELODROMO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1127665582	MONTERO ATECIO ALVARO JOSE	13/02/2026		23713692	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/02/2026 17:16:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.144.124, 192.230.104.15, 172.16.42.57

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1127665582
NOMBRES Y APELLIDOS	Alvaro Jose Montero Atencio
TIPO DE AFILIADO	Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Activo
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a los 16 días del mes de febrero del año 2026.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

157

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALVARO JOSE MONTERO ATENCIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.127.665.582**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.216.964.309**

CHAVEZ RUZ

APELLIDOS

JAINER

NOMBRES

Jainer Chavez Ruz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-DIC-1993**

HATILLO DE LOBA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ENE-2012 EL BANCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00498213-M-1216964309-20131017 0035521670A 1 1312590407

ARL | sura

Medellín, 23 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - GIBRALTAR, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1216964309	CHAVEZ RUIZ JAINER	23/01/2026		24546HQ1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C522614102602328245

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/01/2026 07:50:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.24.57.45, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012606392
9012606392

No. de Radicación SAT: 30190448

Fecha de Radicación: 24 01 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación:	A. Individual:	A. Contributivo: X	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	- Cotizante o cabeza de familia: X	B. Subsidiado:	NO:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	- Beneficiario o afiliado adicional:			C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	B. Colectiva:			D. Afiliado adicional:		
	C. Institucional:					
	D. De oficio:					

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: CHAVEZ	Segundo Apellido: RUZ	Primer Nombre: JAINER	Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1216964309	Femenino: Masculino: X	F: M: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				21 D 12 M A 1993 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo población especial
		SI: NO: X		SI: NO:	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		$1.750.905	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabezera Municipal: Rural Disperso: Centro Poblado: 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			
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:	F: M: T: NB: Otro: Cual:	

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

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

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

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

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

159

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
PRAGMA CONSULTORIA Y	NT	901443621	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 118 BIS 89 A 26 IN 12 302	30579305		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 22 M 01 A 2026	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad								

TOTAL ANEXOS [ ]

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la institución
Código del municipio	Código del departamento	

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: HERRERO FORJADOR

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JAINER CHAVEZ RUZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.216.964.309**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

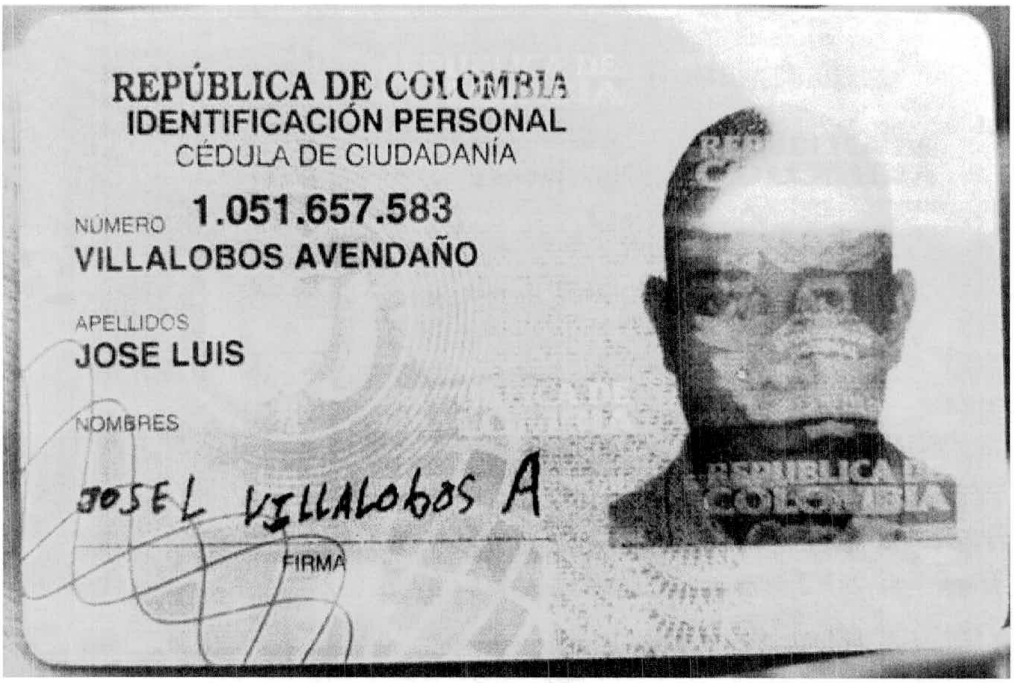
La presente certificación se expide el 15 de febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.051.657.583**
VILLALOBOS AVENDAÑO

APELLIDOS
JOSE LUIS

NOMBRES

JOSE L VILLALOBOS A

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-1987
MOMPOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

08-MAR-2005 MOMPOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-0504300-01194958 M 1051657583-20201230 **0072970732A 1** 9914194024

ARL | sura

Medellín, 12 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0206144019 VELODROMO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1051657583	VILLALOBOS AVENDAÑO JOSE LUIS	13/02/2026		Sw158470	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/02/2026 17:48:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.144.124, 192.230.104.15, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 14/02/2026, el empleador PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS identificado con NIT número 901443621 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9979782	14/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1051657583	JOSELUIS VILLALOBOS AVENDAÑO	1750905	OFICIAL DE CONSTRUCCION	2026-02-14

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

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

162

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE LUIS VILLALOBOS AVENDAÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.051.657.583**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.334.982**

DUQUE JARAMILLO

APELLIDOS

MARIANA CAMILA

NOMBRES

Camila Duque

FIRMA



Scanned with CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-OCT-2002**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

27-OCT-2020 COTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1504600-01182022-F-1000334982-20201124 **00725**78154A 1 53164852

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 14 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0206144019 VELODROMO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000334982	MARIANA CAMILA DUQUE JARAMILLO	14/02/2026		150341g1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/02/2026 16:39:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.144.124, 192.230.104.15, 172.16.42.57

EPS sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
AFILIADOS COTIZANTES GENERAL

Documento **NI 901443621** Razón social **PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS**

Identificación	Nombre	Fecha inicio vigencia	Fecha fin vigencia	Período inicio obligación pagos
CC 1000334982	MARIANA CAMILA DUQUE JARAMILLO	13/03/2026	VIGENTE	03/2026

Total de afiliados cotizantes **1**

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIANA CAMILA DUQUE JARAMILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.334.982**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.003.335.649**

ROBLES TOLOZA

APELLIDOS

ESNEIDER

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUN-1990**
TAMALAMEQUE
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-OCT-2009 PAILITAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A 1500150-00870669-M-1003335649-20161213 **0052526264A** 2 1134183243

1/1

Finca Boutique Laureles...
OPEN

166

ARL | sura

Medellín, 12 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0206144019 VELODROMO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1003335649	ROBLES TOLOZA ESNEIDER	13/02/2026		BBP12314	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/02/2026 18:01:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.144.124, 192.230.104.15, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
siempre cuidando siempre
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACION: 15 02 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI [ ] NO [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ROBLES	TOLOZA	ESNEIDER	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1003335649	F [ ] M [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO				15. FECHA NACIMIENTO		
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		DÍA	MES	AÑO
COLOMBIANO	COLOMBIA	CESAR	TAMALAMEQUE		26	06	1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					SURA - CIA. SURAMERICANA D

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PORVENIR	$ 1.750.905			3206185716	

DIRECCIÓN		COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CALLE 36 # 89 D 49	# -		ESNEIDER@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO		
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO			42. FECHA DE NACIMIENTO		
							PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

	Datos complementarios del Beneficiario				47. TIENE ENCUESTA SISBÉN		48. CLASIFICACIÓN SISBÉN		49. DISCAPACIDAD		50. DISCAPACIDAD PERMANENTE		51. Datos de residencia		ZONA			
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01							I [ ] II [ ]											
02							I [ ] II [ ]											
03							I [ ] II [ ]											
04							I [ ] II [ ]											
05							I [ ] II [ ]											

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS NI - Número Identificación Tributaria		901443621	3057930515	

59. Dirección		CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO
CR 118 BIS 89 A 26 IN 12 302	# -	PRAGMAINGENIERIACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

RADICADO 15-02-2026 AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAIS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. CAMBIO DE RÉGIMEN A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
16. CAMBIO DE RÉGIMEN A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ROBLES	TOLOZA	ESNEIDER	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1003335649	F [ ] M [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO				65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD			67. MOTIVO DE TRASLADO	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA	MES	AÑO			DÍA	MES	AÑO	Código	
26	06	1990			12	02	2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a) Autorizo el consentimiento expreso para que nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Pagina Web, Notificaciones App, Llamadas Telefonicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de las llamadas regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
77. Aceptación de las condiciones para vincularlo a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Esneider Robles	Juan David Rodriguez

X. ANEXOS

82. Adjunto copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
83. Copia del formulario de la apoderada personalmente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la unión judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización emitida o avalada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Consentimiento de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN	DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN	DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

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.

167

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ESNEIDER ROBLES TOLOZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.335.649**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.085.102.167**

CHAVEZ RUZ

APELLIDOS

JADER

NOMBRES

Chavez Jader

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-AGO-1992**

HATILLO DE LOBA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-2010 EL BANCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2102500-00275971-M-1085102167-20110106 **0025**451367A 1 32466247

Medellín, 13 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0206144019 - VELODROMO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1085102167	CHAVEZ RUZ JADER	13/02/2026		215C1471	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C522614102604437578

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2026 10:26:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.144.124, 192.230.104.15, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016342298	1|6|0|2|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
CHAVEZ (Primer apellido)	RUZ (Segundo apellido)	JADER (Primer nombre)	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1085102167	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOLIVAR Municipio: HATILLO DE LOBA	2|3|0|8|1|9|9|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26.Residencia			
CR 88 0 29 SUR PATIO BONITO (Dirección)	Telefono fijo	3508304408 (Telefono celular)	CHAVEZRUZJADER2308@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/Distrito)	BOSA (Localidad / comuna)	zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS BOSA - VS BOSA	VSBOSA - VSBOSA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901443621	01

59.Ubicación				
CR 118 BIS 89 A 26 (Dirección)	3508304408 (Teléfono fijo o celular)	YANIRAALARCONDURAN@YAHOO.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4016342298

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN.☐ RC.☐ TI.☐ CC.☐ PA.☐ CE.☐ CD.☐ SC.☐ PT.☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial 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	

Observaciones

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JADER CHAVEZ RUZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.102.167**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

_____

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.853.551

VASQUEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS

CARLOS ALBERTO

NOMBRES



Carlos Alberto Vásquez R

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **11-JUN-1985**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-AGO-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3106400-00740777-M-0080853551-20150825 **00460**16523A 1 3103542555

ARL | sura

Medellín, 16 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0206144019 - VELODROMO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C80853551	VASQUEZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO	14/02/2026		200h1843	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C522614102604735467

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/02/2026 09:51:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.144.124, 192.230.104.15, 172.16.42.57

172

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 15 02 2026

791032070

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	Si No X

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
VASQUEZ	RODRIGUEZ	CARLOS	ALBERTO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA	80853551	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	ATLANTICO	BARRANQUILLA	11 06 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	COLFONDOS	$ 1.750.905	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
DIAG 32 10 40	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3228211612	VASQUEZRODRIGUEZCARLOS@HOTMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	BOSA	Cabecera Municipal X 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	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

REV.

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS			54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	EPS SANITAS CENTRO MEDICO RESTREPO		
B1			
B2			
B3			
B4			
E5			

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901443621	

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular
CR 118 BIS 89 A 26 IN 12 302	3057930515

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
PRAGMAINGENIERIACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	1 3 0 2 2 0 2 6	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Carlos Alberto Vasquez	

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
	001	11	

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			1 5 0 2 2 0 2 6	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha 15-02-2026	

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

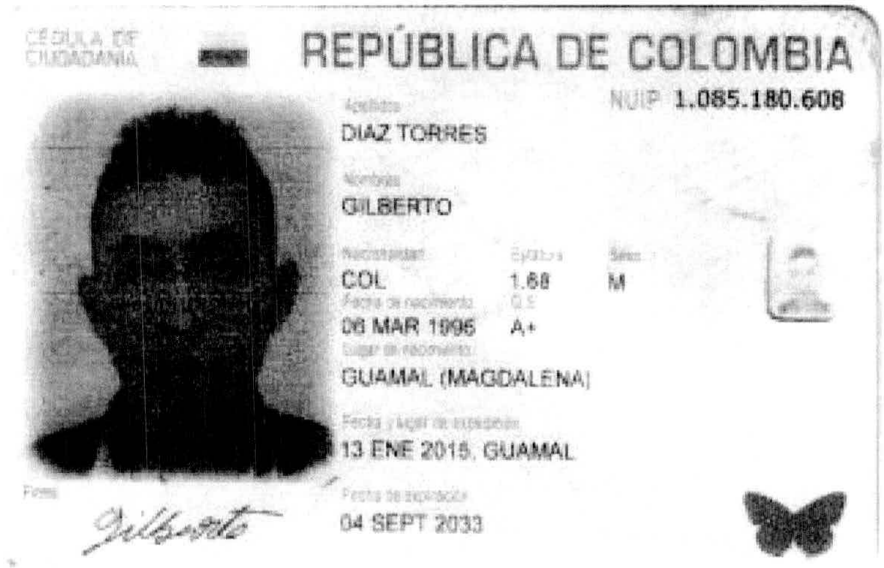
El(la) Señor(a) CARLOS ALBERTO VASQUEZ RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 80.853.551, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de febrero del 2026.

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

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

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.085.180.608

Apellidos
DIAZ TORRES

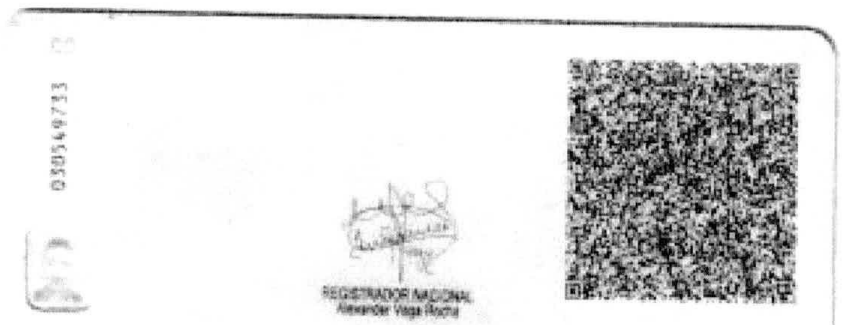
Nombres
GILBERTO

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.68
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 06 MAR 1996
G.S: A+
Lugar de nacimiento
GUAMAL (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
13 ENE 2015, GUAMAL

Firma

Fecha de expiración
04 SEPT 2033



030549733

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL030549733621040<<<<<<<<<<
9603068M3309047COL1085180608<2
DIAZ<TORRES<<GILBERTO<<<<<<<<<<

Medellín, 16 de febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - GIBRALTAR, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1085180608	DIAZ TORRES GILBERTO	15/11/2025		17520023	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C522614102532233545

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/11/2025 09:19:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.4.221, 192.230.104.9, 172.16.42.57

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) GILBERTO DIAZ TORRES identificado(a) con CC 1085180608 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/05/2018

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 14 dias del mes 2 del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

175

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GILBERTO DIAZ TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.180.608**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

RALCO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900532219	3	SEGURIDAD RALCO LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	RALCO LTDA V	CLL 28 25 82	VILLAVICENCIO-META	6733934	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-02	86149079	9500278575	E	2026/02/05	2026/02/24	BANCO AV VILLAS	19	$419,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: RALCO LTDA B (1 Afiliados)					**$1,459,088**	**$233,500**			**$1,459,088**	**$58,400**			**$1,459,088**	**$58,400**			**$1,459,088**	**$63,500**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: EDIFICIO SAN PATRICIO (1 Afiliados)					$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$58,400			$1,459,088	$58,400			$1,459,088	$63,500		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$58,400			$1,459,088	$58,400			$1,459,088	$63,500		$0	$0
1	CC	1001920407	BARON LUIS	230301	25	$1,459,088	$233,500	EPS002	25	$1,459,088	$58,400	CCF34	25	$1,459,088	$58,400	14-29	25	$1,459,088	$63,500	25	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$58,400			$1,459,088	$58,400			$1,459,088	$63,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$233,500	$2,900	$0	$236,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$233,500	$2,900	$0	$236,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$63,500	$800	$0	$64,300
LA EQUIDAD SEGUROS	14-29	830,008,686	1	1	$63,500	$800	$0	$64,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,400	$800	$0	$59,200
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$58,400	$800	$0	$59,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,400	$800	$0	$59,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$58,400	$800	$0	$59,200
TOTAL				**1**	**$413,800**	**$5,300**	**$0**	**$419,100**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900532219	3	SEGURIDAD RALCO LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	RALCO LTDA V	CLL 28 25 82	VILLAVICENCIO-META	6733934	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-02	60036735	9499650397	E	2026/02/05	2026/02/13	BANCO AV VILLAS	8	$2,928,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: RALCO LTDA B (8 Afiliados)																						$10,622,158	$1,681,400			$10,622,158	$406,700			$10,200,891	$393,000			$10,622,158		$432,000		$0	$0		$2,913,100
Centro de Trabajo: U T METROPOLITANO PORVENIR (8 Afiliados)																						$10,622,158	$1,681,400			$10,622,158	$406,700			$10,200,891	$393,000			$10,622,158		$432,000		$0	$0		$2,913,100
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (8 Afiliados)																						$10,622,158	$1,681,400			$10,622,158	$406,700			$10,200,891	$393,000			$10,622,158		$432,000		$0	$0		$2,913,100
1	CC	1024581609	BUITRAGO JEFFERSON																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF34	30	$1,450,000	$58,000	14-29	30	$1,750,905	4.350%	$76,200	30	$0	$0	Si	$484,500
2	CC	1151940899	CABEZAS JOSE	X																230201	1	$58,364	$9,400	EPS005	1	$58,364	$2,400	CCF34	1	$58,364	$2,400	14-29	1	$58,364	4.350%	$2,600	1	$0	$0	Si	$16,800
3	CC	10784245	ESPITIA LUIS							X										230301	30	$1,750,905	$280,200	EPSC34	30	$1,750,905	$70,100	CCF34	30	$1,750,905	$70,100	14-29	30	$1,750,905	4.350%	$76,200	30	$0	$0	Si	$496,600
4	CC	40380180	FRESNEDO MARIA							X										230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF34	30	$1,750,905	$70,100	14-29	30	$1,750,905	4.350%	$76,200	30	$0	$0	Si	$496,600
5	CC	77163147	GARCIA CUSTODIO										X							230301	8	$466,908	$56,100	EPS037	8	$466,908	$0	CCF34	8	$386,667	$0	14-29	8	$466,908	0.000%	$0	8	$0	$0	Si	$56,100
6	CC	77163147	GARCIA CUSTODIO							X										230301	22	$1,283,997	$205,500	EPS037	22	$1,283,997	$51,400	CCF34	22	$1,283,997	$51,400	14-29	22	$1,283,997	4.350%	$55,900	22	$0	$0	Si	$364,200
7	CC	15049254	GONZALEZ BENIGNO							X										230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF34	30	$1,750,905	$70,100	14-29	30	$1,750,905	4.350%	$76,200	30	$0	$0	Si	$496,600
8	CC	1003039935	MUÑOZ SERGIO							X										230301	26	$1,517,451	$242,800	EPS002	26	$1,517,451	$60,700	CCF34	26	$1,517,451	$60,700	14-29	26	$1,517,451	4.350%	$66,100	26	$0	$0	Si	$430,300
9	CC	1003039935	MUÑOZ SERGIO													X				230301	4	$233,454	$37,400	EPS002	4	$233,454	$9,400	CCF34	4	$193,333	$7,800	14-29	4	$233,454	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$54,600
10	CC	1022933800	QUINTERO JHOHAN	X	X															230301	1	$58,364	$9,400	EPS002	1	$58,364	$2,400	CCF34	1	$58,364	$2,400	14-29	1	$58,364	4.350%	$2,600	1	$0	$0	Si	$16,800
Total Afiliados(8)																						$10,622,158	$1,681,400			$10,622,158	$406,700			$10,200,891	$393,000			$10,622,158		$432,000		$0	$0		$2,913,100

aportes en línea

. .anilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				8	$1,681,400	$8,600	$0	$1,690,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$1,391,800	$7,100	$0	$1,398,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$289,600	$1,500	$0	$291,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$432,000	$2,200	$0	$434,200
LA EQUIDAD SEGUROS	14-29	830,008,686	1	8	$432,000	$2,200	$0	$434,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$393,000	$2,000	$0	$395,000
COFREM	CCF34	892,000,146	3	8	$393,000	$2,000	$0	$395,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				8	$406,700	$2,400	$0	$409,100
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$70,100	$400	$0	$70,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$140,200	$800	$0	$141,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$51,400	$300	$0	$51,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$142,600	$800	$0	$143,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$2,400	$100	$0	$2,500
TOTAL				**8**	**$2,913,100**	**$15,200**	**$0**	**$2,928,300**



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.006.855.817
RODRIGUEZ DUARTE

APELLIDOS
JESER YESID

NOMBRES
Jeser Rodriguez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-2001
DIBULLA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

15-ENE-2020 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2101600-01130357-M-1006855817-20200204 0069939748A 1 53354617

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900532219
Número Afiliación:	9033014
Razón social:	SEGURIDAD RALCO LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1006855817
Nombre:	JESER YESID RODRIGUEZ DUARTE
Fecha Ingreso:	07/02/2026
Salario básico:	1,750,905
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	01
Centro de trabajo:	01
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	06/02/2026 10:51:46 a. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016288802	0|6|0|2|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
RODRIGUEZ (Primer apellido)	DUARTE (Segundo apellido)	JESER (Primer nombre)	YESID (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1006855817	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: LA GUAJIRA	Municipio: DIBULLA		2|7|0|8|2|0|0|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS LA EQUIDAD	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
CL 26 8 41... Dirección	Telefono fijo	3248806107 Telefono celular	JESERRODRIGUEZ@GMAIL.COM Correo electronico

BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	BARRIOS UNIDOS Localidad / comuna	zona	Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CHAPINERO - VS CHAPINERO	VSCHAPINER - VSCHAPINER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SEGURIDAD RALCO LTDA	NIT	900532219	01

59.Ubicación				
CL 28 N 25 82 BRR PORVENIR Dirección	7147915 Teléfono fijo o celular	RALCO.2010@HOTMAIL.COM Correo electrónico	META Departamento	VILLAVICENCIO Municipio/distrito

180

No de Radicacion
4016288802

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Jeser Rodriguez	

X.ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JESER YESID RODRIGUEZ DUARTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.855.817**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

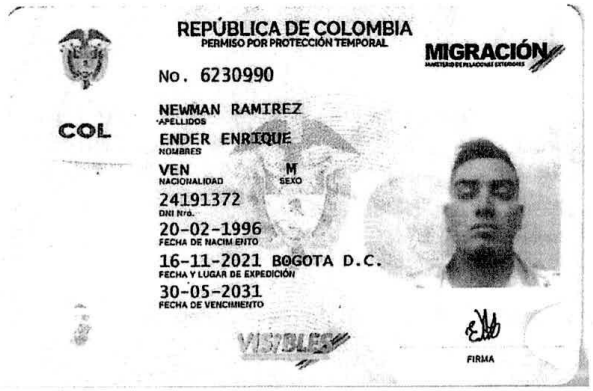
La presente certificación se expide el 7 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6230990

COL

NEWMAN RAMIREZ
APELLIDOS

ENDER ENRIQUE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

24191372
DNI Nro.

20-02-1996
FECHA DE NACIMIENTO

16-11-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLE

FIRMA



E1875870

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6230990<<7<<<<<<<<<<<<<<<
9602201M3105308VENE1875870<<<4
NEWMAN<RAMIREZ<<ENDER<ENRIQUE<

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. 9033014 correspondiente a la empresa Seguridad Ralco Ltda.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
ENDER ENRIQUE NEWMAN RAMIREZ	PT	6,230,990	04/02/2026	RIESGO IV	4.350	CENTRO TRABAJO 01

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 6 de febrero de 2026 a las 01:30:28 p. m.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

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 [✓] B. Reporte de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] 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 (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: NEWMAN	Segundo apellido: RAMIREZ	Primer nombre: ENDER	Segundo nombre: ENRIQUE
7. Tipo documento de identidad: PPT	8. Número de documento de identidad: 6230990	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [✓]	10. Fecha de nacimiento: 20/02/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
AXA	COLFONDOS	1.750.905

18. Residencia			
Dirección: CRA 78 SUR N 79-51	Teléfono: 320 746 3166	Teléfono celular: 320 746 3166	Correo electrónico: ENDERENRIQUEMANG@GMAIL.COM
Municipio/Distrito: BOGOTA	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento

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: GAMEZ	Segundo apellido: TIRADO	Primer nombre: KAREN	Segundo nombre: TATIANA
20. Tipo documento de identidad: CC	21. Número de documento de identidad: 1030560613	22. Sexo: Femenino [✓] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: 13/07/2007

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
B1	GAMEZ	TIRADO	KAREN	TATIANA
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	CC	1030560613	✓		13/07/2007
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1	ESPOSA						
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	CRA 78 SUR # 79-51	X		BOGOTA	323 803 4161	
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS — Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C		
B		
B		
B		

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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
SEGURIDAD RALCO LTDA	NIT	900532219-3	

39. Ubicación				
Dirección: CALLE 6 N 78 05	Teléfono: 3118292725	Correo electrónico: THUMANORALCOLTDA@GMAIL.COM	Municipio/Distrito: BOGOTA	Departamento: BOGOTA

VIGILADO Supersalud

183

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

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.
- ☐ 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. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		01/02/2026

43. EPS anterior	44. Motivo 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 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 el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, pagador o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio
Ender Newman	RALCO LTDA. TALENTO HUMANO

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 suscrita 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

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:

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

VIGILADO Supersalud

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ENDER ENRIQUE NEWMAN RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **6230990,** se encuentra afiliado/a desde el **06/01/2026** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

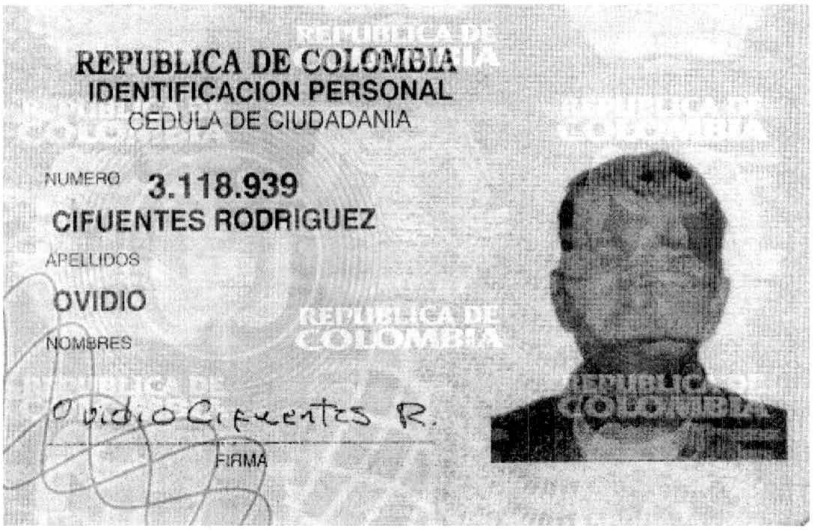
La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de febrero de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

Transgruas y Logisticas



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.118.939
CIFUENTES RODRIGUEZ
APELLIDOS
OVIDIO
NOMBRES

Ovidio Cifuentes R.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1966
VILLAGOMEZ
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

02-ENE-1985 VILLAGOMEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00500660-M-0003118939-20131023 0035550217A 1 1512593267

ONAC ACREDITADO

GOOD PERSON

ISO / IEC 17024: 2012
24-OCP-12

CERTIFICADO DE OPERADOR DE GRÚAS MÓVILES Y LOCOMOTORAS



Nombres:
Ovidio

Apellidos:
Cifuentes Rodriguez

Cédula:
3118939

Certificado:
GOOD- GM-138

Exp.: 2025-06-05
Ven.: 2026-06-04

Alcance: Operador de Grua Movil Telescopica Montada Sobre Camion Estación Múltiple
Capacidad: 100 T

El operador cumplió con los requisitos establecidos en el Esquema de Certificación -Operador de Grúas Móviles y Locomotoras, bajo la norma ASME B30.5:2021 Mobile and Locomotive Cranes. 5-3.1.3.3 - Responsibilities of Crane Operators 5-3.1.3.3.1 - Crane Operator 5-3.2.1.5 (b), (c), (d), (e), (h), (i2), (j2), (n) 5-3.3.3 (b) Signalperson Qualifications.

Código ESQ-CE-001. Versión: 1 Fecha: 2024-08-02, obteniendo como resultado este certificado de conformidad.

PT-CA-001

El presente documento es personal e intransferible. El poseedor cumplió con los requisitos teóricos y prácticos establecidos por GOOD PERSON SAS.

Este certificado de competencia no exonera ni absuelve a la persona por infringir las disposiciones legales y reglamentarias de seguridad vigentes en el desarrollo de su trabajo.

FIRMA AUTORIZADA

Para verificar la autenticidad de este certificado se deberá ingresar a **www.goodperson.com.co** con su número de identificación o comunicarse al número celular **314 444 77 51 - 310 679 56 10**

e-mail:**contactenos@goodperson.com.co**

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de la afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, OVIDIO CIFUENTES RODRIGUEZ identificado(a) con CC 3118939 registra la siguiente información.

Datos del empleador	Datos de la Relación Laboral
TECNIMONTAJES Y TRANSPORTES SAS - NI. 900571979	Fecha de inicio de cobertura: 03-02-2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 5 Actividad Económica: 5439004

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 dia(s) del mes de Enero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

187

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	3118939
NOMBRES	OVIDIO
APELLIDOS	CIFUENTES RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 01/30/2026 11:31:04 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CIFUENTES RODRIGUEZ OVIDIO** identificado(a) con **CC** número **3.118.939** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2011 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 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 30 de enero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

VEOLIA

Señores
UNIÓN TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Proyecto: Velódromo Gibraltar.

Asunto: Certificación inactividad del personal y vehículos.

Por medio de la presente, nos permitimos notificar que el siguiente personal de nuestro subcontratista de transporte, estará activo en el proyecto Velódromo Gibraltar, en el marco del contrato de prestación de servicios No 01 -10 - 24 celebrado con Gustavo Velandia, sin ejecución de actividades en el mes de enero de 2026 y con disponibilidad hasta que se reactiven labores, por tal motivo no se presentará seguridad social, soportes de salarios y paz y salvo hasta tanto se reactiven las actividades.

TRABAJADOR	IDENTIFICACION	CARGO
CRISTIAN CAMILO CAPERA LOZANO	1005777622	SUPERVISOR LOGISTICO

Se firma en Bogotá a los 23 días del mes de febrero de 2026.

Atentamente

ANDRES FELIPE VALLSERRA
Representante legal
Veolia Servicios Industriales Colombia SAS ESP

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-04, 12:05:21 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 82801915

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026

PAGADO 04/02/2026

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MULTISERVICIOS CECOG SAS		
Documento	NI901393013	**Dirección**	CL 150 #53 - 68
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6015800248
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CORREDOR GARCIA CARLOS EDUARDO	**Identificación**	CC 79638039
Total Afiliados	4	**ARP**	ARL SURA

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	PET P	TDE	TAE	TDF	TAF	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C 1015427077	HERNAN ALIRIO AGUILERA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
C 1050170179	JOSE FERNANDO BARAJAS BERNAL	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
C 79583826	RICARDO JIMENEZ LIZARAZO	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
C 8338005	RICARDO MIMENEZ ORTIZ	01	00																	0	30	30	30	30	(26 11) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 7.003.620	$ 7.003.620	$ 7.003.620	$ 7.003.620	$ 1.120.800	$ 280.400	$ 487.600	$ 280.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.169.200	$ 0	$ 2.169.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80272552	OSCAR EFREN MORENO SANCHEZ	Carrera40b#18-66	4882642	oscarm2552@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	11/02/2026	49957099	$2.490.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	42.100	0		0		0	0	0	0	42.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	182.300	0		0		0	0	0	0	182.300	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	42.100	0		0		0	0	0	0	42.100	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	448.300	0	0	0	0	0	0		448.300	2
230301	Porvenir	800224808-8	896.600	0	0	0	0	0	0		896.600	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	472.600				472.600	0	0	472.600			4.726	472.600	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	336.600	0	0	336.600	6

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	336.600	336.600
Pensión	2	1.344.900	1.344.900
Riesgos Laborales	1	472.600	472.600
CCF	1	336.600	336.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.490.700	2.490.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80272552	OSCAR EFREN MORENO SANCHEZ		Carrera40b#18-66	4882642	oscarm2552@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	11/02/2026	49957099	$2.490.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000157748	MORENO GONZALEZ JOHAN STIVEN	1	0			S																	230301	1,750,905	280,200	0	0	0	0	EPS008	1,750,905	70,100	14-11	1,750,905	5	121,900	CCF24	1,750,905	70,100	0	0	0	0	0
2	CC	1000574327	MELO CADENA JUAN DAVID	1	0			S																	230301	1,750,905	280,200	0	0	0	0	EPS008	1,750,905	70,100	14-11	1,750,905	1	9,200	CCF24	1,750,905	70,100	0	0	0	0	0
3	CC	1022324712	VASQUEZ CHAVEZ JOSE RODRIGO	1	0			S																	230201	1,750,905	280,200	0	0	0	0	EPS041	1,750,905	70,100	14-11	1,750,905	5	121,900	CCF24	1,750,905	70,100	0	0	0	0	0
4	CC	79218824	HERNANDEZ HERRERA JORGE ALBERDY	1	0			S	X																230301	1,050,543	168,100	0	0	0	0	EPS002	1,050,543	42,100	14-11	1,050,543	5	73,200	CCF24	1,050,543	42,100	0	0	0	0	0
5	CC	79832518	ARIZA SANCHEZ GILBERTO	1	0			S																	230301	1,050,543	168,100	0	0	0	0	EPS017	1,050,543	42,100	14-11	1,050,543	5	73,200	CCF24	1,050,543	42,100	0	0	0	0	0
6	CC	80381189	CASTELLANOS PEÑALOZA RUBEN	1	0			S																	230201	1,050,543	168,100	0	0	0	0	EPS008	1,050,543	42,100	14-11	1,050,543	5	73,200	CCF24	1,050,543	42,100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901626233-5	TRANSPORTES AGUA POTABLE AVILA SAS	CRA 21C ESTE # 10 53 SUR	3124878864	juanmanuelavila1234@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				6	0
					TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	18/02/2026	52892313	$3.273.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	210.300	0		0		0	9	1.300	0	211.600	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	70.100	0		0		0	9	500	0	70.600	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	70.100	0		0		0	9	500	0	70.600	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	70.100	0		0		0	9	500	0	70.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	840.600	0	0	0	0	9	4.900	0	845.500	3
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	9	1.700	0	281.900	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	560.400	0	0	0	0	9	3.300	0	563.700	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	731.400				731.400	9	4.200	735.600			7.314	735.600	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	420.600	9	2.500	423.100	6

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	420.600	423.400
Pensión	3	1.681.200	1.691.100
Riesgos Laborales	1	731.400	735.600
CCF	1	420.600	423.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	3.253.800	3.273.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

193

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901626233-5	TRANSPORTES AGUA POTABLE AVILA SAS		CRA 21C ESTE # 10 53 SUR	3124878864	juanmanuelavila1234@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	18/02/2026	52892313	$3.273.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003710588	AVILA FANDIÑO DAVID ALEXANDER	1	0			S																	25-14	1,750,905	280,200	0	0	0	0	EPS017	1,750,905	70,100	14-11	1,750,905	5	121,900	CCF22	1,750,905	70,100	0	0	0	0	0
2	CC	1016063679	AVILA SALAMANCA JUAN STIVEN	1	0			S																	230301	1,750,905	280,200	0	0	0	0	EPS005	1,750,905	70,100	14-11	1,750,905	5	121,900	CCF22	1,750,905	70,100	0	0	0	0	0
3	CC	1023923528	RODRIGUEZ BECERRA JUAN ESTEBAN	1	0			S																	230301	1,750,905	280,200	0	0	0	0	EPS005	1,750,905	70,100	14-11	1,750,905	5	121,900	CCF22	1,750,905	70,100	0	0	0	0	0
4	CC	79704120	AVILA JUAN MANUEL	1	0			S																	230301	1,750,905	280,200	0	0	0	0	EPS005	1,750,905	70,100	14-11	1,750,905	5	121,900	CCF22	1,750,905	70,100	0	0	0	0	0
5	CC	80047540	ARTUNDUAGA FLOREZ JAIRO DUVAN	1	0			S																	25-14	1,750,905	280,200	0	0	0	0	EPS010	1,750,905	70,100	14-11	1,750,905	5	121,900	CCF22	1,750,905	70,100	0	0	0	0	0
6	CC	80797914	CASTAÑEDA BERMUDEZ DUVAN ALBERTO	1	0			S																	231001	1,750,905	280,200	0	0	0	0	EPS008	1,750,905	70,100	14-11	1,750,905	5	121,900	CCF22	1,750,905	70,100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ANEXO No. A2
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL (EMO)

a. Personal Apoyo
b. Personal Contractual
c. Personal Operativo UTMP
d. Personal Subcontratista VACUNACION

b. Personal Contractual

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Grupo Ocupacional
salud integral empresarial



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2
L.S.O. 12534/2017

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Tipo de Examen: PERIODICO
Certificado de aptitud: 1014212007-271592

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	25 feb. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Identificación:**	1014212007
Paciente:	DIANA MARCELA ORTIZ DOMINGUEZ	**Teléfono**	*** **Móvil:** 3153935437
Género	FEMENINO **Edad:** 35	**EPS:**	FAMISANAR
Fecha Nacimiento:	28/06/1990	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**Cargo:**	RESIDENTE SOCIAL
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	dortiz.ts@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

AUDIOMETRIA	CONTROL PERIÓDICO.
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRIA	CONTROL PERIODICO, PROTECCION OCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICION, SE SUGIERE APOYO DE MUÑECAS PARA USO DE TECLADO Y MOUSE, CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL. SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD.

CONCEPTO LABORAL

PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'Consentimiento Informado:
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUFACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.
Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.
Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:
GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

DRA. YUDI MORALES FRAILE
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 2379-16

MEDICO ESPECIALISTA SST
YUDI MORALES FRAILE
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 52817479
RM 52817479 - LSO 2379 25/02/16

Firma y cédula del Paciente
DIANA MARCELA ORTIZ DOMINGUEZ
1014212007

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Grupo Ocupacional
salud integral empresarial



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2
L.S.O. 12534/2017

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1070604368-269267

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	21 ene. 2026 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DIANA ALEJANDRA TELLO CERQUERA	**Identificación:**	1070604368
Género	FEMENINO **Edad:** 34	**Teléfono**	*** **Móvil:** 3017415942
Fecha Nacimiento:	14/07/1991	**Cargo:**	RESIDENTE DE PROGRAMACION
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CRA 145 N 142F-59	**ARL:**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR		
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	UNION TEMPORAL METROPOLITANO PORVENIR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES

AUDIOMETRIA	1. CONTROL PERIÓDICO, 2. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO.
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRIA	CONTROL PERIODICO, PROTECCION OCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL. CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL O SEMESTRAL. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO BAJAR DE PESO CON DIETA SALUDABLE Y EJERCICIO ,EVITAR CONSUMO DE HARINAS, GRASAS,ALIMENTOSULTRAPROCESADOS Y AZUCARES

CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO

Observaciones: SIN RESTRICCIONES MEDICAS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'Consentimiento Informado:
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUFACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.
Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.
Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:
GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

DRA. ADRIANA PAOLA DIAZ PEREZ
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 2114

Médico Especialista en Salud Laboral
ADRIANA PAOLA DIAZ PEREZ
LSO 5389 /23 RM 52807247

Firma y cédula del Paciente
DIANA ALEJANDRA TELLO CERQUERA
1070604368

d. Personal Subcontratista

ALTARA

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Grupo Ocupacional
salud integral empresarial



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2
L.S.O. 12534/2017

TRABAJO EN ALTURAS
Tipo de Examen: LEVANTAMIENTO DE APLAZAMIENTO
Certificado de aptitud: 1016074069-269489

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: ALTARA INGENIERIA SAS
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: ALTARA INGENIERIA SAS -

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	23 ene. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Identificación:**	1016074069
Paciente:	CRISTIAN ARLEY QUIÑONES DIAZ	**Teléfono**	**Móvil:** 3245621539
Género	MASCULINO **Edad:** 30	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Fecha Nacimiento:	18/02/1995	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Escolaridad:	PRIMARIA	**Cargo:**	AYUDANTE DE PLANTA
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	cristanchoquidia@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

OPTOMETRIA	USO DE LENTES PERMANENTES Y OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR, CONTROL ANUAL, PROTECCIÓN OCULAR. SE LEVANTA APLAZAMIENTO VISUAL PARA EL CARGO
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICION Y DE EQUIPOS DE SEGURIDAD PARA ALTURAS, CAPACITACION PARA TRABAJO EN ALTURAS. CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL. SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD.

CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Observaciones: USO DE LENTES PERMANENTES Y OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'Consentimiento Informado:
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUPACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.
Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.
Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:
GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

YUDI MORALES FRAILE
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 2379-16

MEDICO ESPECIALISTA SST
YUDI MORALES FRAILE
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 52817479
RM 52817479 - LSO 2379 25/02/16

Firma y cédula del Paciente
CRISTIAN ARLEY QUIÑONES DIAZ
1016074069

200

CERTIFICADO MEDICO ESPECÍFICO

Grupo Ocupacional

salud integral empresarial

GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2
L.S.O. 12534/2017



TRABAJO EN ALTURAS
Certificado: 1016074069-269489

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/01/2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Tipo de Examen:**	LEVANTAMIENTO DE APLAZAMIENTO
Paciente:	CRISTIAN ARLEY QUIÑONES DIAZ	**Identificación:**	1016074069
Género	MASCULINO **Edad:** 30	**Teléfono**	**Móvil:** 3245621539
Fecha Nacimiento:	18/02/1995	**Cargo:**	AYUDANTE DE PLANTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CLL 8C # 87B-75	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	ALTARA INGENIERIA SAS -		

RESULTADO

-LA CERTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS, ESTÁ REGLAMENTADA POR LA RESOLUCIÓN 1409 DE 2012 DEL MINISTERIO DE TRABAJO, LAS CONSIDERACIONES PARA LA EXPEDICIÓN DEL CONCEPTO DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS FUERON: LA RESOLUCIONES EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE TRABAJO Y EL PROTOCOLO MÉDICO PROPUESTO POR GRUPO OCUPACIONAL IPS PARA DEFINIR LA APTITUD EN ASPIRANTES A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS QUE CONSTA DE:
LAS RESPUESTAS DADAS EN EL CUESTIONARIO DE ALTURAS (VERTIGO - MAREO) , LA AUDIOMETRÍA, OPTOMETRIA RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, EXAMEN MÉDICO, CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR QUE INCLUYE PRUEBAS CLÍNICAS DE EQUILIBRIO DINÁMICO Y ESTÁTICO, Y DEMAS ANEXOS SOLICITADOS SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS: APTO

LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO CLÍNICO REALIZADAS, ESTÁN CONSIGNADAS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y EL TRABAJADOR EVALUADO HA SIDO INFORMADO DE LOS RESULTADOS DE ESTA EVALUACIÓN Y DE CUALQUIER CONDICIÓN QUE REQUIERA UN PLAN DE MANEJO.
ESTA CERTIFICACIÓN TIENE LA VIGENCIA DEFINIDA EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PERO EN NINGÚN CASO PODRÁ EXCEDER UN (1) AÑO.

DRA. YUDI MORALES FRAILE
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 2379-16

MEDICO ESPECIALISTA SST
YUDI MORALES FRAILE
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 52817479
RM 52817479 - LSO 2379 25/02/16

Firma y cédula del Paciente
CRISTIAN ARLEY QUIÑONES DIAZ
1016074069

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Grupo Ocupacional
salud integral empresarial



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2

Consecutivo: 1016074069 - 269489

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/01/2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Tipo de Examen:**	LEVANTAMIENTO DE APLAZAMIENTO
Paciente:	CRISTIAN ARLEY QUIÑONES DIAZ	**Identificación:**	1016074069
Género	MASCULINO **Edad:** 30	**Teléfono**	**Móvil:** 3245621539
Fecha Nacimiento:	18/02/1995	**Cargo:**	AYUDANTE DE PLANTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CLL 8C # 87B-75	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	ALTARA INGENIERIA SAS -		

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Las evaluaciones médicas ocupacionales hacen parte del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolla el empleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.
Por este motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:

REMISIONES

NO

RECOMENDACIONES GENERALES

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICION Y DE EQUIPOS DE SEGURIDAD PARA ALTURAS, CAPACITACION PARA TRABAJO EN ALTURAS. CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL. SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD.

OBSERVACIONES

USO DE LENTES PERMANENTES Y OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR.

NOTA: : Se solicita al trabajador presentar constancia ante el empleador del seguimiento realizado ante la entidad de salud correspondiente para el cumplimiento de las anteriores recomendaciones médicas laborales, en cumplimiento a la Resolución 0312 de Febrero/2019.

ALTARA INGENIERIA SAS -

DRA. YUDI MORALES FRAILE
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 2379-16

YUDI MORALES FRAILE	RM 52817479		
Médico Especialista en Salud Laboral		Fima encargado SG - SST	Fima recibido trabajador

IDRD
INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2026.04.15 14:31:16 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

201

CODIGO DE VERIFICACION Y AUTENTICACION

310126/1/A.REE1.59-23

ALTURAS
CUMBRE COLOMBIA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

NIT: 901 435 596 -3



CERTIFICADOS EN LA NTC 6072 -2014, POR BUREAU VERITAS CERTIFICATION CON ACREDITACION ONAC N° 09 CPR 008 Y CERTIFICADO N° CO 024.00193
APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO - RES. 4272 DEL 11/05/2021 N° 08SE2021 220000000028476
TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS - RES 0491 DEL 21/03/2023 N° 08SE2023220000000011350
LICENCIA DE SERVICIOS SST 330 DEL 21/01/2021

OTORGA LA:

CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

A:

CRISTIAN ARLEY QUIÑONES DIAZ

IDENTIFICADO CON: CC 1016074069

POR HABER CURSADO Y APROBADO EL NIVEL DE CAPACITACION

REENTRENAMIENTO

BAJO ESTANDARES Y LINEAMIENTOS RESOLUCION 4272 / 2021

REALIZADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA DC, DURANTE EL 31/1/2026 A 31/1/2026

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE ***8 HORAS***

SE EXPIDE EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL: *31/01/2026* *DANDO CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES NORMATIVAS*

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

Antonio Avellaneda.

ANTONIO AVELLANEDA
REPRESENTANTE LEGAL
CEDULA 1.010.162.920 DE BOGOTA

CRISTIAN DAVID CAMARGO RUIZ
ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
LICENCIA SST 391 - 18/02/2020

DATOS COMPLEMENTARIOS RESOLUCION 4272 - MINISTERIO DE TRABAJO

REALIZADO PARA EMPRESA:	*ALTARA INGENIERIA S. A. S*	***NIT:***	*900.803.958-1*
SECTOR - ACTIVIDAD	*CONSTRUCCION - CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL*		
REPRESENTANTE LEGAL:	*JOSE LUIS CLAVIJO OLMOS*	***DOCUMENTO ID:***	*79685757*
AFILIACION DEL TRABAJADOR A RIESGOS LABORALES EN:	*AXA COLPATRIA*		

ALTARA Ingeniería S.A.S

Versión 2 *Cod: CRT-ACD-005* *Actualización: 15/08/2022*

ARTES Y BRONCES SAS

APM SERVICIOS ASISTENCIALES IPS SAS

Nit. 900055754 - 6

Dirección: CARRERA 16 No. 68-74 - LICENCIA SEC SALUD 10028 DE 2024

Tel: 7528708 - 7036505 - 3153445007

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post incapacidad [ ] Caso ocupacional [ ]
Control [ ] Reubicación [ ] Ingreso al SVE [ ] Trabajo en alturas [X]



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **21/01/2026 09:38:00** Empresa **ARTES Y BRONCES SAS**

Nombre **DAIRO PIMIENTA ESPEJO**

Cargo **AYUDANTE** Doc. Identidad **CC 1007857874**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
ESPIROMETRIA	5 GLUCOSA EN SUERO	6 COLESTEROL TOTAL
TRIGLICERIDOS	8 BUN / TGO / TGP	9 CREATININA

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Aplazado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto con restricciones	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para participar en la brigada	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]	[X]	[ ]

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	[ ]	[ ]
Requiere restricciones de actividades	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral temporal	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral Permanente	[ ]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	[ ]	[ ]
Secuelas de Accidentes de Trabajo	[ ]	[ ]
Enfermedad Común	[ ]	[ ]

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual [ ] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI [ ]	NO [X]	ARL	SI [ ]	NO [ ]	EPS	SI [ ]	NO [ ]

CONTROL Y SEGUIMIENTO OPTOMETRIA EPS. USO DE CORRECCION VISUAL SEGÚN INDIQUE ESPECIALISTA EPS.

-DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
-USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS (ARNÉS, ESLINGA, MOSQUETONES, LINEAS DE VIDA, ETC.) PREVIAMENTE

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: DAIRO PIMIENTA ESPEJO
CC 1007857874
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

CERTIFICADO POR UNA ENTIDAD COMPETENTE Y EN ESTADO ÓPTIMO DE FUNCIONAMIENTO, CUANDO TRABAJE EN ALTURA SUPERIOR A 2 METROS.
- DIETA ADECUADA, BUENA HIDRATACION NORMO CALORICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.
-ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS)
-MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
-MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.
-USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIRIGIDAS CADA 2 HORAS POR 5 MIN DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: DAIRO PIMIENTA ESPEJO
CC 1007857874
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

APM SERVICIOS ASISTENCIALES IPS SAS

Nit. 900055754 - 6
Dirección: CARRERA 16 No. 68-74 - LICENCIA SEC SALUD 10028 DE 2024
Tel: 7528708 - 7036505 - 3153445007

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post incapacidad [ ] Caso ocupacional [ ]
Control [ ] Reubicación [ ] Ingreso al SVE [ ] Trabajo en alturas [X]



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **24/01/2026 08:00:00** Empresa **ARTES Y BRONCES SAS**

Nombre **VICTOR MANUEL HERNANDEZ CRISTANCHO**

Cargo **AYUDANTE** Doc. Identidad **CC 1023895339**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
ESPIROMETRIA	5 GLUCOSA EN SUERO	6 COLESTEROL TOTAL
TRIGLICERIDOS	8 BUN / TGO / TGP	9 CREATININA

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Aplazado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto con restricciones	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para participar en la brigada	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]	[X]	[ ]

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	[ ]	[ ]
Requiere restricciones de actividades	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral temporal	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral Permanente	[ ]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	[ ]	[ ]
Secuelas de Accidentes de Trabajo	[ ]	[ ]
Enfermedad Común	[ ]	[ ]

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual [ ] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI [ ] NO [X]	ARL	SI [ ] NO [ ]	EPS	SI [ ] NO [ ]

-DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS.-USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS (ARNÉS, ESLINGA, MOSQUETONES, LINEAS DE VIDA, ETC.) PREVIAMENTE CERTIFICADO POR UNA ENTIDAD COMPETENTE Y EN ESTADO ÓPTIMO DE FUNCIONAMIENTO, CUANDO TRABAJE EN ALTURA SUPERIOR A 2 METROS.- DIETA ADECUADA, BUENA HIDRATACION NORMO CALORICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.-ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS)-MANTENER

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: VICTOR MANUEL HERNANDEZ
CC 1023895339
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.-MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.-USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIRIGIDAS CADA 2 HORAS POR 5 MIN DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: VICTOR MANUEL HERNANDEZ
CC 1023895339
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

APM SERVICIOS ASISTENCIALES IPS SAS

Nit. 900055754 - 6

Dirección: CARRERA 16 No. 68-74 - LICENCIA SEC SALUD 10028 DE 2024

Tel: 7528708 - 7036505 - 3153445007

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso [X]	Periódico [ ]	Retiro [ ]	Post incapacidad [ ]	Caso ocupacional [ ]
	Control [ ]	Reubicación [ ]	Ingreso al SVE [ ]	Trabajo en alturas [X]	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **23/01/2026 07:52:00** Empresa **ARTES Y BRONCES SAS**

Nombre **REINALDO GIL MARTINEZ**

Cargo **AYUDANTE** Doc. Identidad **CC 73015573**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA/ TEST ERGOMETRICO	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA
ESPIROMETRIA	5 GLUCOSA EN SUERO	6 TRILGICERIDOS
COLESTEROL TOTAL	8 BUN / TGO / TGO	9 CREATININA

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Aplazado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto con restricciones	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para participar en la brigada	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]	[X]	[ ]

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	[ ]	[ ]
Requiere restricciones de actividades	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral temporal	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral Permanente	[ ]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	[ ]	[ ]
Secuelas de Accidentes de Trabajo	[ ]	[ ]
Enfermedad Común	[ ]	[ ]

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual [X] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI [ ]	NO [X]	**ARL**	SI [ ]	NO [ ]	**EPS**	SI [ ]	NO [ ]

CONTROL Y SEGUIMIENTO OPTOMETRIA EPS. USO DE CORRECCION VISUAL SEGÚN INDIQUE ESPECIALISTA EPS.
-EVITAR REALIZAR TAREAS QUE REQUIERAN ALTA PRESICION VISUAL.
-EVITAR LA MANIPULACIÓN DE ELEMENTOS CORTO PUNZANTES.
-INCLUIR EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO VISUAL

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: REINALDO GIL MARTINEZ
CC 73015573
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

-DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
-USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS (ARNÉS, ESLINGA, MOSQUETONES, LINEAS DE VIDA, ETC.) PREVIAMENTE CERTIFICADO POR UNA ENTIDAD COMPETENTE Y EN ESTADO ÓPTIMO DE FUNCIONAMIENTO, CUANDO TRABAJE EN ALTURA SUPERIOR A 2 METROS.
- DIETA ADECUADA, BUENA HIDRATACION NORMO CALORICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.
-ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS)
-MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
-MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.
-USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIRIGIDAS CADA 2 HORAS POR 5 MIN DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: REINALDO GIL MARTINEZ
CC 73015573
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

APM SERVICIOS ASISTENCIALES IPS SAS

Nit. 900055754 - 6
Dirección: CARRERA 16 No. 68-74 - LICENCIA SEC SALUD 10028 DE 2024
Tel: 7528708 - 7036505 - 3153445007

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post incapacidad [ ] Caso ocupacional [ ]
Control [ ] Reubicación [ ] Ingreso al SVE [ ] Trabajo en alturas [X]



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **21/01/2026 08:59:00** Empresa **ARTES Y BRONCES SAS**

Nombre **DIOMEDES DE JESUS MENDOZA HERNANDEZ**

Cargo **AYUDANTE** Doc. Identidad **CC 1005575552**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
ESPIROMETRIA	5 GLUCOSA EN SUERO	6 COLESTEROL TOTAL
TRIGLICERIDOS	8 BUN / TGO / TGP	9 CREATININA

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Aplazado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto con restricciones	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para participar en la brigada	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]	[X]	[ ]

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	[ ]	[ ]
Requiere restricciones de actividades	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral temporal	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral Permanente	[ ]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	[ ]	[ ]
Secuelas de Accidentes de Trabajo	[ ]	[ ]
Enfermedad Común	[ ]	[ ]

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual [ ] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI	NO	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO
	[ ]	[X]		[ ]	[ ]		[ ]	[ ]

-DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
-USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS (ARNÉS, ESLINGA, MOSQUETONES, LINEAS DE VIDA, ETC.) PREVIAMENTE CERTIFICADO POR UNA ENTIDAD COMPETENTE Y EN ESTADO ÓPTIMO DE FUNCIONAMIENTO, CUANDO TRABAJE EN ALTURA SUPERIOR A 2 METROS.

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: DIOMEDES DE JESUS MENDOZA
CC 1005575552
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

- DIETA ADECUADA, BUENA HIDRATACION NORMO CALORICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.
-ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS)
-MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
-MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.
-USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIRIGIDAS CADA 2 HORAS POR 5 MIN DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.
- VALORACION POR NUTRICION EPS.
-DIETA HIPOCALORICA, BALANCEADA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: DIOMEDES DE JESUS MENDOZA
CC 1005575552
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

APM SERVICIOS ASISTENCIALES IPS SAS

Nit. 900055754 - 6

Dirección: CARRERA 16 No. 68-74 - LICENCIA SEC SALUD 10028 DE 2024

Tel: 7528708 - 7036505 - 3153445007

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post incapacidad [ ] Caso ocupacional [ ]
Control [ ] Reubicación [ ] Ingreso al SVE [ ] Trabajo en alturas [X]



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **23/01/2026 09:41:00** Empresa **ARTES Y BRONCES SAS**

Nombre **JOHN ALEXANDER GONZALEZ DIAZ**

Cargo **AYUDANTE** Doc. Identidad **CC 1023871003**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
ESPIROMETRIA	5 GLUCOSA EN SUERO	6 COLESTEROL TOTAL
TRIGLICERIDOS	8 BUN / TGO / TGP	9 CREATININA

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Aplazado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto con restricciones	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para participar en la brigada	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]	[X]	[ ]

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	[ ]	[ ]
Requiere restricciones de actividades	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral temporal	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral Permanente	[ ]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	[ ]	[ ]
Secuelas de Accidentes de Trabajo	[ ]	[ ]
Enfermedad Común	[ ]	[ ]

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual [ ] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI [ ] NO [X]	ARL	SI [ ] NO [ ]	EPS	SI [ ] NO [ ]

-DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
-USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS (ARNÉS, ESLINGA, MOSQUETONES, LINEAS DE VIDA, ETC.) PREVIAMENTE CERTIFICADO POR UNA ENTIDAD COMPETENTE Y EN ESTADO ÓPTIMO DE FUNCIONAMIENTO, CUANDO TRABAJE EN ALTURA SUPERIOR A 2 METROS.

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: JOHN ALEXANDER GONZALEZ DIAZ
CC 1023871003
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- DIETA ADECUADA, BUENA HIDRATACION NORMO CALORICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.
-ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS)
-MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
-MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.
-USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIRIGIDAS CADA 2 HORAS POR 5 MIN DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: JOHN ALEXANDER GONZALEZ DIAZ
CC 1023871003
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

APM SERVICIOS ASISTENCIALES IPS SAS

Nit. 900055754 - 6

Dirección: CARRERA 16 No. 68-74 - LICENCIA SEC SALUD 10028 DE 2024

Tel: 7528708 - 7036505 - 3153445007

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post incapacidad [ ] Caso ocupacional [ ]
Control [ ] Reubicación [ ] Ingreso al SVE [ ] Trabajo en alturas [X]



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **22/01/2026 07:47:00** Empresa **ARTES Y BRONCES SAS**

Nombre **CARLOS HUMBERTO ROJAS TAFURT**

Cargo **AYUDANTE** Doc. Identidad **CC 1046428414**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
ESPIROMETRIA	5 GLUCOSA EN SUERO	6 COLESTEROL TOTAL
TRIGLICERIDOS	8 BUN / TGO / TGP	9 CREATININA

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Aplazado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto con restricciones	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para participar en la brigada	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]	[X]	[ ]

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	[ ]	[ ]
Requiere restricciones de actividades	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral temporal	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral Permanente	[ ]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	[ ]	[ ]
Secuelas de Accidentes de Trabajo	[ ]	[ ]
Enfermedad Común	[ ]	[ ]

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual [ ] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI [ ]	NO [X]	ARL	SI [ ]	NO [ ]	EPS	SI [ ]	NO [ ]

-DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
-USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS (ARNÉS, ESLINGA, MOSQUETONES, LINEAS DE VIDA, ETC.) PREVIAMENTE CERTIFICADO POR UNA ENTIDAD COMPETENTE Y EN ESTADO ÓPTIMO DE FUNCIONAMIENTO, CUANDO TRABAJE EN ALTURA SUPERIOR A 2 METROS.

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Carlos Rojas

Trabajador: CARLOS HUMBERTO ROJAS
CC 1046428414
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- DIETA ADECUADA, BUENA HIDRATACION NORMO CALORICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.
-ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS)
-MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
-MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.
-USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIRIGIDAS CADA 2 HORAS POR 5 MIN DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: CARLOS HUMBERTO ROJAS
CC 1046428414
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

APM SERVICIOS ASISTENCIALES IPS SAS

Nit. 900055754 - 6

Dirección: CARRERA 16 No. 68-74 - LICENCIA SEC SALUD 10028 DE 2024

Tel: 7528708 - 7036505 - 3153445007

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post incapacidad [ ] Caso ocupacional [ ]
Control [ ] Reubicación [ ] Ingreso al SVE [ ] Trabajo en alturas [ ]



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **13/01/2026 07:30:00** Empresa **ARTES Y BRONCES SAS**

Nombre **JEVINSON GONZALEZ OSPINO**

Cargo **OFICIAL** Doc. Identidad **CC 1004500728**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA
COLESTEROL TOTAL	5 TRIGLICERIDOS	6 GLUCOSA EN SUERO
BUN	8 CREATININA / TGO / TGP	9 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (TGO-AST)

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Aplazado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto con restricciones	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
Apto para participar en la brigada	[ ]	[ ]	[X]	[ ]
para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]	[X]	[ ]

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	[ ]	[ ]
Requiere restricciones de actividades	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral temporal	[ ]	[ ]
Requiere reubicación laboral Permanente	[ ]	[ ]
Apto para Manipulación de alimentos	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en espacios confinados	[ ]	[ ]
Apto para trabajar en alturas	[ ]	[ ]

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	[ ]	[ ]
Secuelas de Accidentes de Trabajo	[ ]	[ ]
Enfermedad Común	[ ]	[ ]

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual [ ] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [X] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI [X]	NO [ ]	ARL	SI [ ]	NO [ ]	EPS	SI [X]	NO [ ]

-DEBE ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, ENTRENAMIENTOS Y REENTRENAMIENTOS, Y APROBAR LAS EVALUACIONES DE CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO PARA TRABAJO EN ALTURAS.-USO DE EQUIPO PARA TRABAJAR EN ALTURAS (ARNÉS, ESLINGA, MOSQUETONES, LINEAS DE VIDA, ETC.) PREVIAMENTE CERTIFICADO POR UNA ENTIDAD COMPETENTE Y EN ESTADO ÓPTIMO DE

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: JEVINSON GONZALEZ OSPINO
CC 1004500728
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

FUNCIONAMIENTO, CUANDO TRABAJE EN ALTURA SUPERIOR A 2 METROS.- DIETA ADECUADA, BUENA HIDRATACION NORMO CALORICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.-ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS)-MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.-MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.-USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIRIGIDAS CADA 2 HORAS POR 5 MIN DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. JOHN ALEXANDER BUITRAGO AGUDELO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
LIC SO 4049 09/06/2023

Trabajador: JEVINSON GONZALEZ OSPINO
CC 1004500728
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

ARTES Y BRONCES SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LEO DAN VANEGAS RANGEL	Masculino	47 Años	CC (Tipo)	85442811 (Número)

Cargo **OPERARIO DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS-ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
OPTOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	ESPIROMETRIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔	CREATININA	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
OTROS EXAMENES COMPLEMENTARIOS PERFIL HEPATICO Y SERICA BUN	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO

Firma: Gabriel A. Carrillo F. MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL R.M. 08882 - L.S.O. 3252-2022

Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO

R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Leo Dan Vanegas R

Nombre: LEO DAN VANEGAS RANGEL

CC 85442811

210

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA

DESARROLLO DE PROYECTOS EN ALTURAS

NIT: 901.290.908-3

En cumplimiento a la resolución 4272 del 2021- NTC 6072:2014.

Teniendo en cuenta que la empresa DESARROLLO DE PROYECTOS EN ALTURAS SAS cuenta con: Licencia en salud ocupacional No 6289 del 2019, Certificación NTC 6072: 2014 No CO24.00067, expedida por BUREAU VERITAS COLOMBIA, acreditado ONAC 09-CPR-008, registrada y aprobada por el Ministerio de Trabajo bajo el código 08SE2021220000000010947.

CERTIFICA QUE:

LEO DAN VANEGAS RANGEL

Identificado(a) con: CC: 85442811

RAZON SOCIAL: ARTES Y BRONCES SAS

NIT:901165132-0

REPRESENTANTE LEGAL:NUBIA LILIANA MENDEZ BUILES

ARL:POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

ASISTIÓ Y APROBÓ EL NIVEL DE:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

Con una intensidad horaria de 8 horas.

Capacitación y entrenamiento realizados en la ciudad de Bogotá del 26 DE SEPTIEMBRE DE 2025.

El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el día 26 DE SEPTIEMBRE DE 2025 Código de Registro No JDA_2025_4448

Desarrollo de Proyectos en Alturas s.a.s
NIT: 901.290. 908-3
R.L: Paula Andrea Castillo Abril

Edisson Arvey Tique Quiroga
C.C 1014.184.566
LSO 25-4695 del 2015

La veracidad de este documento se puede establecer a través de los siguientes medios: al Correo electrónico, desarrollodeproyectosenalturas@gmail.com Celular: 3204152181, teléfono fijo 7049698; Con el código **JDA_2025_4448** o el respectivo número de identificación. Realizado en la dirección CRA 69 Q # 77 – 64 Barrio las ferias.