| | FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA | Código: | DE-DEAJU-FR-009 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO O CONVENIO | Versión N°: | 06 |
| | | Vigencia: | 12-03-2026 |

| ACTA DE INICIO PARA SERVICIOS | | |
|---|---|---|
| **FECHA:** 22/10/2026 | | **HORA: 16:00** |
| **CONTRATO No.** | 002-00-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026 | |
| **CONTRATISTA** | DANIEL FELIPE HASTAMORIR SANCHEZ<br>CC: 1032431233 | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | 09-10-2026 | |
| **OBJETO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES (SSFM) ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA | |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | ESM 118982 CAMAN/ESUFA (Carrera 5 # 2 – 91 sur), recorridos de traslados en ambulancia. | |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | A partir de la firma del acta de inicio hasta 31 de Diciembre del 2026 | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $7.800.000 | |
| **FORMA DE PAGO** | | |

| ITEM | HORAS MES | MES PAC | VALOR |
|---|---|---|---|
| 1 | 200 HORAS | NOVIEMBRE | $2.600.000 |
| 2 | 200 HORAS | DICIEMBRE | $2.600.000 |
| 3 | 200 HORS | CXP PAGADERAS ENERO 2027 | $2.600.000 |
| | TOTAL | | $7.800.000 |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISOR** | CT CARDENAS CALVETE KENDY MILADY |
| **INTERVENTOR** | NO APLICA |
| **GARANTÍA CONTRACTUAL** | *Póliza de Seguros No: 21-46-101146231 Aseguradora Seguros del Estado<br><br>VIGENCIA: 09/10/2026 AL 30/06/2027<br>VALOR:1.560.000.00 |
| **PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL** | *Póliza de Seguros No: 21-03-101034520 Aseguradora Seguros del Estado.<br><br>VIGENCIA DEL 09/10/2026 al 31/12/2026<br>Valor: $ 350.181.000.00 |

En la ciudad de Madrid Cundinamarca, a los 22 días del mes de octubre de 2026, se reunieron DANIEL FELIPE HASTAMORIR SANCHEZ, en su calidad de **CONTRATISTA**, y CAPITAN CARDENAS CALVETE KENDY MILADY, en su calidad de **SUPERVISOR**, con el fin de dejar constancia del inicio real y material de la ejecución del contrato en mención, cuyo objeto **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES (SSFM) ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA**, **EN CALIDAD DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, de acuerdo a las condiciones relacionadas anteriormente.

Las actividades objeto del contrato se encuentran descritas en el mismo, y el **CONTRATISTA** manifestó conocerlas y aceptarlas al momento de su suscripción.

En cumplimiento de los requisitos de ejecución se verifica:

| Ítem | Si | No aplica |
|---|---|---|
| Registro Presupuestal | X | |
| Aprobación de la garantía única | X | |
| Aprobación de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional | X | |
| Acreditación del Contratista que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda. | X | |

| PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS) | | |
|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **CARGO** | **OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)** |
| **DANIEL FELIPE HASTAMORIR SANCHEZ** | **AUXILIAR DE ENFERMERIA** | 1032431233 |
| **OBSERVACIONES** | | |
| En referencia a las actividades a desarrollar por parte del contratista, de acuerdo al anexo técnico del contrato<br><br>Se anexa los siguientes documentos.<br>· Afiliación ARL<br>· Afiliación EPS<br>· Afiliación Pensión<br>· Hoja de vida SIGEP | | |

En constancia, firman quienes intervinieron:

**DANIEL FELIPE HASTAM HEZ**
**CONTRATIS**

**CAPITAN CARDE /ETE KENDY MILADY**
**SUPERVISOR**

**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:

**DANIEL FELIPE HASTAMORIR SANCHEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.431.233**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Octubre 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.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| Hastamorir | Sanchez | Daniel Felipe |

| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* | *GENERO* | *NACIONALIDAD* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1032431233 | F ( ) M (X) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

*LIBRETA MILITAR*
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 01 MES 08 AÑO 2007

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CARRERA 21N 2 28 SUR

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO MADRID

TELÉFONO EMAIL Hastamorirdaniel1@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO* | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° X | MES | 10 | AÑO | 2023 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

*DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:*

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* |
| | | | | | | | | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>IPS EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>FACATATIVÁ | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 04 | *Año* | 2026 | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AREA SALUD MENTAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>2 ESTE vereda los manzanos via alban | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>COLEGIO SAN LUIS MARIA DE MONTFORT | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>MADRID | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 01 | *Año* | 2025 | *Día* | 11 | *Mes* | 03 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>APOYO A COLEGIOS | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 21N 2 28 SUR | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA* | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO* | *NIVEL EDUCATIVO* | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1 | 5 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Daniel Felipe Hastamorir CC 1032431233



*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**9** **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S. identificado(a) con NI 900259421 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DANIEL FELIPE HASTAMORIR SANCHEZ identificado(a) con CC 1032431233

| Clave Planilla | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora | Concepto | Periodo | Días | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | IBC | Tarifa | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | | | |
| 9510954936 | 639480407 | E | 2026-09-09 | EPS | EPS008 | COMPENSAR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-09 | 1 | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | $137,155 | 4% | $5,500 |
| 9510954936 | 639480407 | E | 2026-09-09 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-08 | 1 | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | $137,155 | 16% | $22,000 |
| 9510954936 | 639480407 | E | 2026-09-09 | AFP | 230301 | PORVENIR | FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | 2026-08 | 1 | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | $137,155 | | $0 |
| 9510954936 | 639480407 | E | 2026-09-09 | AFP | 230301 | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | 2026-08 | 1 | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | $137,155 | | $0 |
| 9510954936 | 639480407 | E | 2026-09-09 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR | 2026-08 | 1 | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | $0 | 0% | $0 |
| 9510954936 | 639480407 | E | 2026-09-09 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO | 2026-08 | 1 | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | $0 | 0% | $0 |
| 9510954936 | 639480407 | E | 2026-09-09 | ARL | 14-11 | ARL SURA | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-08 | 1 | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | $137,155 | 2.436% | $3,400 |
| 9510954936 | 639480407 | E | 2026-09-09 | CCF | CCF21 | CAFAM | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-08 | 1 | | X | | | | | | | X | | | | | | | | X | $329,268 | 4% | $13,200 |
| 9510954631 | 639465915 | E | 2026-09-09 | EPS | EPS008 | COMPENSAR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-08 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,638,863 | 4% | $105,600 |
| 9510954631 | 639465915 | E | 2026-09-09 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-07 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,638,863 | 16% | $422,300 |
| 9510954631 | 639465915 | E | 2026-09-09 | AFP | 230301 | PORVENIR | FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | 2026-07 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,638,863 | | $0 |
| 9510954631 | 639465915 | E | 2026-09-09 | AFP | 230301 | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | 2026-07 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,638,863 | | $0 |
| 9510954631 | 639465915 | E | 2026-09-09 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR | 2026-07 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $0 | 0% | $0 |
| 9510954631 | 639465915 | E | 2026-09-09 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO | 2026-07 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $0 | 0% | $0 |
| 9510954631 | 639465915 | E | 2026-09-09 | ARL | 14-11 | ARL SURA | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-07 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,638,863 | 2.436% | $64,300 |
| 9510954631 | 639465915 | E | 2026-09-09 | CCF | CCF21 | CAFAM | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-07 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,638,863 | 4% | $105,600 |
| 9509363077 | 558115707 | E | 2026-08-11 | EPS | EPS008 | COMPENSAR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-07 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,340,584 | 4% | $93,700 |
| 9509363077 | 558115707 | E | 2026-08-11 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-06 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,340,584 | 16% | $374,500 |
| 9509363077 | 558115707 | E | 2026-08-11 | AFP | 230301 | PORVENIR | FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | 2026-06 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,340,584 | | $0 |
| 9509363077 | 558115707 | E | 2026-08-11 | AFP | 230301 | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | 2026-06 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,340,584 | | $0 |

aportes en línea

# Certificado de Aportes

| Clave Planilla | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora | Concepto | Periodo | Días | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | IBC | Tarifa | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | | | |
| 9509363077 | 558115707 | E | 2026-08-11 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR | 2026-06 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $0 | 0% | $0 |
| 9509363077 | 558115707 | E | 2026-08-11 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO | 2026-06 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $0 | 0% | $0 |
| 9509363077 | 558115707 | E | 2026-08-11 | ARL | 14-11 | ARL SURA | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-06 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,340,584 | 2.436% | $57,100 |
| 9509363077 | 558115707 | E | 2026-08-11 | CCF | CCF21 | CAFAM | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-06 | 30 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | $2,340,584 | 4% | $93,700 |
| 9506274155 | 385404586 | E | 2026-06-12 | EPS | EPS008 | COMPENSAR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-06 | 18 | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | $1,176,024 | 4% | $47,100 |
| 9506274155 | 385404586 | E | 2026-06-12 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-05 | 18 | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | $1,176,024 | 16% | $188,200 |
| 9506274155 | 385404586 | E | 2026-06-12 | AFP | 230301 | PORVENIR | FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | 2026-05 | 18 | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | $1,176,024 | | $0 |
| 9506274155 | 385404586 | E | 2026-06-12 | AFP | 230301 | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | 2026-05 | 18 | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | $1,176,024 | | $0 |
| 9506274155 | 385404586 | E | 2026-06-12 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR | 2026-05 | 18 | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | $0 | 0% | $0 |
| 9506274155 | 385404586 | E | 2026-06-12 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO | 2026-05 | 18 | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | $0 | 0% | $0 |
| 9506274155 | 385404586 | E | 2026-06-12 | ARL | 14-11 | ARL SURA | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-05 | 18 | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | $1,176,024 | 2.436% | $28,700 |
| 9506274155 | 385404586 | E | 2026-06-12 | CCF | CCF21 | CAFAM | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2026-05 | 18 | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | $1,176,024 | 4% | $47,100 |

Este certificado se expide el día 2026-10-06 a las 09:53.

Salud

**SISPRO**
Sistema Integral de Información de la Protección Social

**RUAF**
Registro Único de Afiliados

# Afiliaciones de una Persona en el Sistema

## INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-09-18

| Número de Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo |
|---|---|---|---|---|---|
| CC 1032431233 | DANIEL | FELIPE | HASTAMORIR | SANCHEZ | M |

## AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-09-18

| Administradora | Régimen | Fecha Afiliacion | Estado de Afiliación | Tipo de Afiliado | Departamento -> Municipio |
|---|---|---|---|---|---|
| CAJA DE COMPENSACIàN FAMILIAR COMPENSAR | Contributivo | 13/06/2026 | Activo | COTIZANTE | MADRID |

## AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-09-18

| Régimen | Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación |
|---|---|---|---|
| PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL | SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA | 2026-05-23 | Inactivo |

## AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-09-18

No se han reportado afiliaciones para esta persona

## AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-09-18

No se han reportado afiliaciones para esta persona

## AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-09-18

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

**Ministerio de Salud y Protección Social.**
**Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000. Fax: (57-1) 330 5050.**



Scanned with CamScanner

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 | 1032431233 |
| NOMBRES | DANIEL FELIPE |
| APELLIDOS | HASTAMORIR SANCHEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA |
| MUNICIPIO | MADRID |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 01/03/2010 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 09/22/2026 12:03:47 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual

Scanned with CamScanner

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Daniel Felipe Hastamorir Sanchez identificado con CC. 1032431233 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | ESM COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO | | |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901542499 | | |
| **INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL** | | | |
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/10/16 | **Fecha inicio contrato** | 2026/10/16 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/12/31 |
| **Riesgo** | 3 | **Código actividad económica** | 3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| **Estado afiliación** | Activa | | |
| **Fecha retiro** | - | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de octubre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC16102026N1032431233A23855656.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033305711

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Más información: https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.