



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Chindoy		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Torres		NOMBRES Fabian Andres	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1121200801			SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="checkbox"/>			NÚMERO 1121200801	D.M. 52	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 08 MES 05 AÑO 1988			CALLE 7 7 02 Casa Barrio Punta Brava		
PAIS COLOMBIA			PAIS COLOMBIA	DEPTO AMAZONAS	
DEPTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA		
MUNICIPIO LETICIA			TELÉFONO 3126925436	EMAIL k12chindoy@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BÁSICA SECUNDARIA			
PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIA			FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2007	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DDC (DOCTORADO O PHD)

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

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

ESPECIFIQUE 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
PORTUGUES		X			X		X		

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 ARQUITECTO YAMID MEDINA CHINDOY			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5924130		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	02	Mes	01	Año	2016	Día	25	Mes	05	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CALLE 12 N 6 A 06 - Leticia						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD JUNGLA MOTOS			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3102402217		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	16	Mes	01	Año	2018	Día	15	Mes	04	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA VENTAS					DIRECCIÓN Avenida Internacional No. 4 -16 Leticia						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD MOTOSELVA			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3138925594		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	01	Mes	12	Año	2015	Día	01	Mes	07	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 8 N 7 22						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5926055		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	16	Mes	10	Año	2015	Día	30	Mes	10	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CARRERA 09 N 11 91						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5928055		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	02	Mes	07	Año	2015	Día	21	Mes	07	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CARRERA 9 N 11 91						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD REGISTRADURIA NACIONAL - LETICIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 5928055		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	13	Mes	04	Año	2015	Día	24	Mes	04	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALE		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA				DIRECCIÓN CARRERA 09 N 11 91							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 5928055		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	06	Mes	08	Año	2014	Día	20	Mes	06	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA				DIRECCIÓN CARRERA 9 N 11 91							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD REGISTRADURIA NACIONAL - LETICIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 5928055		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	05	Mes	03	Año	2014	Día	16	Mes	03	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR SERVICIOS GENERALES		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA				DIRECCIÓN CARRERA 9 N 11 91							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 5928055		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	28	Mes	09	Año	2012	Día	05	Mes	10	Año	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA				DIRECCIÓN CARRERA 9 N 11 91							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 5928055		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	18	Mes	08	Año	2011	Día	11	Mes	11	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN CARRERA 9 N 11 91							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAIS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
			Día:	Mes:	Año:		Día:	Mes:	Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN			

5 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	4	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	8

6 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 PRESTACION 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 Leticia Dic / 2024

Andrés Andrés T.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ACUÍ 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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 015000817770 PASOJA WEB: www.funcionpublica.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA
 NUMERO 121.200.801
 APELLIDOS CHINDOY TORRES
 NOMBRES FABIAN ANDRES
Andres Chindoy
FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 09-MAY-1988
 LETICIA
 (AMAZONAS)
 LUGAR DE NACIMIENTO
 1.81 O+ M
 ESTATURA G. S. PH SEXO
 13-JUN-2006 LETICIA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
 GENERADORA DE CEDULAS



P-6352163-72153128-44-121200801-20080285 02272052890 02 122151725


REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
 Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1121200801
APELLIDOS Y NOMBRES
CHINDOY TORRES
FABIAN ANDRES
 PERTENECE AL EJERCITO DE

1ª LINEA 31 - DIC	2ª LINEA 31 - DIC	3ª LINEA 31 - DIC
2018	2028	2038

PROFESIÓN INDIGENA
FECHA DE EXP: 10. JUN. 2000



 COTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL
 Instrucciones Especiales

- Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
 - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
 - Ingresar a la carrera administrativa.
 - Tomar posesión de cargos públicos.
 - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
- En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe electuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



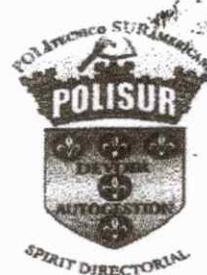
2686627
EL 8/15 173



**LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE**

POLITECNICO SURAMERICANO

INSTITUCIÓN DE CARÁCTER CRISTIANO
Reconocimiento Oficial 0732 de 14 de Septiembre de 2000
Secretaría de Educación Departamental Valle del Cauca



CONFIERE A

CHINDOY TORRES FABIAN ANDRES
C.C 1.121.200.801 de Leticia Amazonas

**EL TITULO DE
BACHILLER ACADEMICO**



**POR HABER ALCANZADO Y APROBADO LOS LOGROS
DE FORMACIÓN INTEGRAL PARA LOS CICLOS
ESPECIALES DE EDUCACIÓN DE ADULTOS, DE
CONFORMIDAD CON EL DECRETO 3011 DE
DICIEMBRE DE 1997.**

Anotado en el control del Plantel. Libro No. 07 Folio No. 22

LIC. CAMILO D. PACHECO
RECTOR

OSCAR OGISTE
SECRETARIO ACADEMICO

DADO EN CALI (VALLE) EL DÍA 17 DE DICIEMBRE DEL 2007

POLITECNICO SURAMERICANO

INSTITUCIÓN DE CARÁCTER CRISTIANO
Ley 115 de 1994, Decreto 1860 de 1994, Decreto 3011 de 1997
Reconocimiento Oficial 0732 de 14 de Septiembre de 2000
Secretaría de Educación Departamental
Valle del Cauca Educación Formal para Adultos

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santiago de Cali, a los 17 días del mes de diciembre del año 2007 se reunieron con el fin de formalizar la graduación del último grado, los suscritos Director, y Sec. Académica en la Rectoría del POLITECNICO SURAMERICANO Institución aprobada en el nivel de Educación Básica y Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental para otorgar el título de Bachiller en la modalidad de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución de Aprobación No. 0732 del 14 de Septiembre de 2000.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO, al graduado cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación.

Chindoy Torres Fabian Andrés

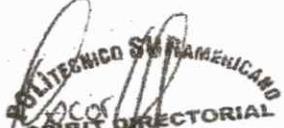
C.C 1.121.200.801 de Leticia Amazonas

Es fiel copia del Acta Original General No. 007 de la fecha 17 días del mes de diciembre del año 2007 que consta de 97 estudiantes que comienza con el nombre de ARVELAEZ GONZALVIS NORALETICIA y cierra con el nombre de WALTEROS SANTAMARIA OSCAR DARIO.

Dada en Santiago de Cali, a los 17 días del mes de diciembre del año 2007, se firma por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7° del decreto 180 y el decreto 921 de 1994.

Firmado y Sellado por:


LIC. CAMILO PACHECO DELGADO
RECTOR


LIC. OSCAR OGIESTE FRANCIS
SECR. ACADEMICO

Leticia, 15 de Enero de 2024

CERTIFICA QUE

Que **FABIAN ANDRES CHINDOY TORRES** identificado con número de cedula **1.121.200.801** de **LETICIA**, trabajó **EN LA FIRMA CONSTRUCTORA** en el cargo de **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**, desempeñando labores de manejo de archivo, envío de correspondencia, funciones administrativas y de contabilidad, desde el 02 de Enero de 2016 hasta el 25 de Mayo de 2018.

Se expide a solicitud del interesado a los quince (15) días del mes de Enero de 2024.

Atentamente



JAIME YAMID MEDINA CHINDOY

Arquitecto Contratista

C.C. 1.010.175.372 de Bogotá

MP. A39012011-1010175372

Celular: 3123865003

Dirección Correspondencia: Calle 12 # 7 - 18 Barrio José María Hernández

em@il: arq.yamid.medina@gmail.com



Leticia, 12 de junio del 2018

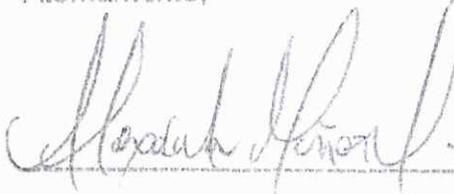
JUNGLA MOTOS
ALEXANDER MUÑOZ OBANDO
NIT: 80034664-8

CERTIFICA

Que el señor FABIAN ANDRES CHINDOY TORRES con CC 1.121.200.801 de Leticia Amazonas laboro en la empresa JUNGLA MOTOS desde el 16 de enero del 2018 hasta el 15 de abril del 2018, tiempo en el cual demostró, responsabilidad, honestidad y cumplimiento en la prestación de sus servicios.

Para constancia se firma a solicitud del interesado a los 12 dias del mes de junio del 2018

Atentamente,




Alexander Muñoz Obando
Representante legal
NIT. 80.034.664-8

MOTOSELVA
REPUESTOS & ACCESORIOS
Nit: 15879835/0

CERTIFICA.

Que el señor FABIAN ANDRES CHINDOY TORRES identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.121.200.801 de Leticia, laboró en esta empresa como ADMINISTRADOR DEL ALMACEN, durante un periodo de 1 año y 6 meses, tiempo en el cual demostró, responsabilidad, honestidad y cumplimiento en todas sus labores encomendadas.

Para constancia se firma la solicitud del interesado, a los 1 del mes de agosto de 2017.

Atentamente,


EDSON ALI PEREZ REINA
C.C 15.879.835 de Leticia
Cel. 313 8925594
Representante Legal

Leticia, enero 15 de 2024

[Handwritten signature]

Doctor
HUGO HERNÁN BENJUMEA VERGARA
Secretario de Desarrollo Institucional
Leticia.

Asunto: Solicitud Certificado Laboral

De manera respetuosa solicito ordenar a quien corresponda expedirme Certificado Laboral por haber trabajado en la Gobernación del Amazonas. En el periodo comprendido 01 de agosto de 2018 al 02 de enero de 2020.

Agradezco su pronta gestión.

Atentamente,

[Handwritten signature]

FABIÁN ANDRÉS CHINDOY TORRES
C.C. No. 1.121.200801 expedida en Leticia

HORA	9:50 AM
RE	RECEIVED



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

DDA-074/2017

**EL SUSCRITO DELEGADO DEPARTAMENTAL DEL REGISTRADOR NACIONAL
EN AMAZONAS, ENCARGADO AMBOS DESPACHOS**

HACE CONSTAR:

Que el señor **FABIÁN ANDRÉS CHINDOY TORRES**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.121.200.801 de Leticia, se desempeñó como **SUPERNUMERARIO**, en la Registraduría Nacional del Estado Civil- Circunscripción Amazonas, en los siguientes cargos y periodos comprendidos, así:

- **Auxiliar Administrativo 5120-04**, desde el 18 de Agosto hasta el 11 de Noviembre de 2011. Asignación básica mensual \$1.010.436.
- **Auxiliar de servicios generales 5335-01**, con funciones de Delegado de puesto de Leticia, desde el 26 de Septiembre hasta el 05 de Octubre de 2012. Asignación básica mensual \$1.012.874.
- **Auxiliar servicios generales 5335-01**, con funciones de Delegado del registrador en la Inspección de El Calderón (Leticia) desde el 05 y hasta el 16 de Marzo de 2014. Asignación básica mensual \$1.078.520.
- **Auxiliar servicios generales 5335-01**, con función de Delegado del registrador en la inspección del Calderón (Leticia) desde el 06 y hasta el 20 de junio del 2014. Asignación básica mensual \$1.078.520.
- **Auxiliar servicios generales 5335-01**, con función de Delegado del registrador en el Corregimiento Departamental El Encanto desde el 13 y hasta el 24 de abril de 2015. Asignación básica mensual \$1.078.520.
- **Auxiliar servicios generales 5335-01**, con función de inscriptor de cédulas en el Corregimiento Departamental Puerto Alegria desde el 02 y hasta el 21 de julio de 2015. Asignación básica mensual \$1.128.720.
- **Auxiliar servicios generales 5335-01**, con función de Delegado del registrador en el Corregimiento Departamental de Tarapacá desde el 16 y hasta el 30 de octubre de 2015. Asignación básica mensual \$1.128.720.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado, para trámites pertinentes, conforme a la hoja de vida que reposa en el archivo de esta Delegación.

Dada en la Ciudad de Leticia (Amazonas), a los 24 días del mes de junio de 2014.

HECTOR OSORIO ISAZA

Delegado Departamental del Registrador Nacional en Amazonas
Encargado ambos despachos – Res. 7013 del 30/06/2017

DELEGACION DEPARTAMENTAL DE AMAZONAS

Cra 9 No.11-91 - Tel. 57-(0)-5529955/56 - código postal 910001- Leticia - www.registraduria.gov.co

“Colombia es democracia, Registraduría su garantía”



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

DDA-039/2012

**LOS DELEGADOS (E) DEL REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL EN EL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS**

HACEN CONSTAR:

Que el señor **FABIAN ANDRES CHINDOY TORRES**, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.121.200.801 de Leticia (Amazonas), se desempeñó como **SUPERNUMERARIO**, en la Registraduría Nacional del Estado Civil- Circunscripción - Amazonas, en los siguientes cargos y períodos comprendidos, así:

- **AUXILIAR ADMINISTRATIVO 5120-04**, desde el 18 de agosto y hasta el 11 de noviembre de 2012

La presente constancia se expide a solicitud del interesado, para trámites pertinentes, conforme a la hoja de vida que reposan en el archivo de esta Delegación.

Dada en la Ciudad de Leticia (Amazonas), el 22 de mayo de 2012.


ATHALA ISOLINA VARGAS ESCOBAR 
JULIO CESAR OVIEDO CASTRO
Delegado del Registrador Nacional del Estado Civil en Amazonas (E)

Biqj

Delegación Departamental de Amazonas
Cra. 8 No. 6-44 Barrio Punta Brava Leticia-Amazonas
Tel: 592 7278, 5923053, 5928056, 5928062
amazonas@registraduria.gov.co

La
democracia
es nuestra
huelta



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 24 de diciembre de 2024, a las 14:15:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121200801
Código de Verificación	1121200801241224141530

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 260321735



PIB
14:19:21
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 24 de diciembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) FABIAN ANDRES CHINDOY TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121200801:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:17:41 PM horas del 24/12/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1121200801

Apellidos y Nombres: **CHINDOY TORRES FABIAN ANDRES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado #
75 – 25 barrio Modelia, Bogotá
D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [djin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:djin.araic-atc@policia.gov.co)





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/12/2024 02:16:51 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1121200801** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **107146891** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir

Información

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



 GOV.CO

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:22:31 horas del 24/12/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1121200801, Apellidos y Nombres CHINDOY TORRES FABIAN ANDRES

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa ALCALDIA DE LETICIA, con NIT 899999308-8 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CRIMINAL E INTERPOL

© 2024

🕒 Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
📍 Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
☎ Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
✉ Correo: dijin_araic-atc@policia.gov.co
🌐 Web: www.policia.gov.co/dijin
📷 Instagram: [/djinpolicia](https://www.instagram.com/djinpolicia)
🐦 Twitter: [@DIJINPolicia](https://twitter.com/DIJINPolicia)



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa Nacional

Colombia compra eficiente

GOV.CO

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14981562021



(415)7707212489984(8020) 000001498156202 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 2 1 2 0 0 8 0 1

6. DV

1

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Leticia

14. Buzón electrónico

3 8

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

1 1 2 1 2 0 0 8 0 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Amazonas

9 1

30. Ciudad/Municipio

Leticia

0 0 1

31. Primer apellido

CHINDOY

32. Segundo apellido

TORRES

33. Primer nombre

FABIAN

34. Otros nombres

ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Amazonas

9 1

40. Ciudad/Municipio

Leticia

0 0 1

41. Dirección principal

CL 7 7 02 BRR PUNTA BRAVA

42. Correo electrónico

k12chindoy@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 6 8 2 5 4 3 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 1 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3 0 8 2 9

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 2 0 1

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ARISTIZABAL VALBUENA CHRIS NATHALIE

985. Cargo Gestor II

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121200801	FABIAN ANDRES CHINDOY TORRES	CALE 7 N 7-02	5927252	k12chindoy@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			AMAZONAS	LETICIA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	08/11/2024	81611214	\$51.400	

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	21.700	0	0	0	0	0	0	0	0	21.700	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	27.800	0	0	0	0	0	0	0	27.800	1

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.900				1.900	0	0	1.900			19	1.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	1	21.700	21.700
Pensión	1	27.800	27.800
Riesgos Laborales	1	1.900	1.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	51.400	51.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121200801	FABIAN ANDRES CHINDOY TORRES		CALE 7 N 7-02	5527252	k12chindoy@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			AMAZONAS	LETICIA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	08/11/2024	81611214	\$51.400	

DETALLE POR COTIZANTE																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotización	Salud	Riesgos	CCF	Parafiscales	IBS	IPS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS					
				IBS	IPS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS					
1	CC	1121200801	CHINDOY TORRES FABIAN ANDRES	50	0																												

PAGADA

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



183187593

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

I. DATOS DEL TRÁMITE			
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	
3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado		4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	
5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> 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 Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre CHINDOY TORRES FABIAN ANDRES			
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC <input checked="" type="checkbox"/> PA SC		8. Número del documento de identidad J.221.200.801	9. Sexo Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
10. Fecha de nacimiento 09/05/1988			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Positiva	16. Administradora de Pensiones Porvenir	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.462.500
18. Residencia Dirección CALLE 7#7-02			Teléfono Fijo 5927252
Teléfono Celular 3126825436	Correo Electrónico KJ2chindoy@gmail.com		
Municipio / Distrito LETICIA	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural	Localidad / Comuna	Departamento AMAZONAS

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 Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino
23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
24. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios			
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P		Urbana Rural		
B2	F N M T P		Urbana Rural		
B3	F N M T P		Urbana Rural		
B4	F N M T P		Urbana Rural		
B5	F N M T P		Urbana Rural		

Selección de la IPS Primaria	
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C Funda Clínica	Código de la IPS (a registrar por la EPS) 1201
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación NIT CC TI PA CE CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección			Teléfono Fijo
Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input checked="" type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input checked="" type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	<input type="checkbox"/> 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 CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento 42. Fecha DD MM AAAA
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <i>Andrés Aranday T.</i>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
---	--

IX. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad TOTAL
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
<input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
<input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de Radicación DD MM AAAA	69. Fecha de Validación DD MM AAAA
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		71. Firma del Funcionario <i>[Firma]</i>	

Tipo de documento	Número de documento de identidad	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 <i>[Firma]</i>	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
--	---------------------	-----------------------

- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
 - Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerados 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
 - Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
 - Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexo copia.
- Novedad 3: Actualización del documento de identidad**
Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TL o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
 - Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerados 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
 - Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad del nuevo documento.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
 - Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexo copia.

- Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios**
Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
 - Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerados a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
 - Registrar en los numerados 24 al 32 del capítulo IV los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

- Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS**
Esta novedad solo aplica para el régimen contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple con alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

CÓDIGO	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado; o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial
04	Cuando el IMPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

- Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
 - Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
 - Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición de terminación de la relación laboral se debe registrar los datos del capítulo V y estar suscrita por el empleador. La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero será informada por el IMPEC a la base de datos de afiliados vigente.

- Novedad 6: Reinscripción en la EPS**
Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva inscripción en la misma EPS, por modificación de la condición que origina la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
 - Registrar los numerados 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar datos complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad. Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.

- Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales**
Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
 - Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerados 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
 - Registrar en el numeral 34 del capítulo VI, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que reside en un municipio distinto al de éste.
 - Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
 - Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
 - Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que está incluyendo.

- Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales**
Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
 - Registrar en los numerados 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
 - Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
 - Anexar copia del documento de identidad correspondiente, copia de 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, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.

- Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar**
Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la **novedad 11: Movilidad**.
También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la **novedad 11: Movilidad**. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la **novedad 12: Traslado** si cumple las condiciones para ello.

- El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la **novedad 8: exclusión de beneficiarios de dicho beneficiario o afiliado adicional**, en otro formulario.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
 - Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
 - Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerados 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
 - Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
 - Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
 - Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerados 54 y 55, según corresponda.
 - Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
 - Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacia parte.
- Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

- Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.**
Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
 - Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerados 54 y 55.
 - Marcar con una X la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
 - Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

- Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas**
Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
 - Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerados 54 y 55.

- Novedad 13: Movilidad** Esta novedad se reporta:
- A) Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.
 - B) Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

- Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Marcar con una X en la casilla respectiva A o B, según el régimen que corresponda la movilidad.
 - Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
 - Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
 - Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerados 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
 - Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
 - Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
 - Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
 - Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerados 54 y 55, según corresponda.
 - Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
 - Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.
- Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacia parte.
- Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.
- La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.**

- Novedad 14: Traslado**
Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:
- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
 - Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
 - Que esté el afiliado independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.
- Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
 - Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
 - Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerados 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
 - Registrar en el numeral 34 del capítulo VI el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
 - Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
 - Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS cual se trasladó.
 - Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual quiere trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

Código	Motivos para el traslado
1	Por ejercicio de la libre elección.
2	Cuando el usuario sea menoscabado su derecho a la libre elección de la EPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.
3	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
4	Por unificación del núcleo familiar.
5	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado.
6	Cuando la afiliación ha sido obfusca por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerados 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.

- Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el período de permanencia.
Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se trasladó.
Novedad 15: Reporte de fallecimiento. Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante cabeza de familia es quien reporta la novedad.
 - Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerados 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
 - Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
 - Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
 - Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

- Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante** Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
 - Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radica la solicitud de otorgamiento del beneficio.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

- Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado**
Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
 - Registrar en el numeral 17 del capítulo IV "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como pre-pensionado.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

- Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado**
Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
 - Registrar en los datos básicos de identificación del capítulo II, los datos complementarios relativos a la administración de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
 - Diligenciar los datos de los numerados 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al conyuge o compañera) permanente si (l)va) tuviere.
 - Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerados 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
 - Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

- 41. Datos básicos de identificación:** Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:
Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, después de la modificación.
Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como deben ser corregidos.
Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y
Novedad 13: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.
42. Fecha: Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:
Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar;
Novedad 10: Terminación de la relación laboral;
Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.
43. EPS Anterior: Este dato solo se diligenciará para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia de la cual desea trasladarse.
44. Motivo del traslado: Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46.** Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliación 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 requieren.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en esta instrucción y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.
En el espacio correspondiente debe ir la firma de:
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

- Marque con una X la casilla correspondiente a los documentos que se anexen(), según lo requiera el trámite que realiza.
- 56. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.
 - 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. Copia del 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 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.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

- Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.
- 66. Identificación de la Entidad Territorial:** Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.
67. Datos del Sisben: El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisben y registrar:
Número de la ficha Sisben
Puntaje
Nivel Sisben (según el puntaje)
68. Fecha de radicación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.
69. Fecha de validación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisben e hizo las validaciones correspondientes.
70. Datos del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales:
Primer apellido
Segundo apellido
Primer nombre
Segundo nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisben.
Observaciones: En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

No. de Radicación

Fecha de Radicación

DDMMAAAA



183187593

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario			5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> 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 Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre CHIUDOY TORRES FABIAN ANDRES				
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC <input checked="" type="checkbox"/> PA SC		8. Número del documento de identidad 5.225.200.805	9. Sexo Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 09/05/1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P				
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Positiva		16. Administradora de Pensiones Porvenir		17. Ingreso base de cotización - IBC 5.462.500	
18. Residencia Dirección CALLE 7#7-02				Teléfono Fijo 5927252	
Teléfono Celular 3126925436		Correo Electrónico KJ2chindoy@gmail.com			
Municipio / Distrito LETICIA		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural	Localidad / Comuna		Departamento AMAZONAS

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 Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre				
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento DDMMAAAA

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

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

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento DDMMAAAA	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	DDMMAAAA		
B2		Femenino Masculino	DDMMAAAA		
B3		Femenino Masculino	DDMMAAAA		
B4		Femenino Masculino	DDMMAAAA		
B5		Femenino Masculino	DDMMAAAA		

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento			33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M	T P		Urbana Rural		
B2	F N M	T P		Urbana Rural		
B3	F N M	T P		Urbana Rural		
B4	F N M	T P		Urbana Rural		
B5	F N M	T P		Urbana Rural		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C - Fundación...				Código de la IPS (a registrar por la EPS) 1387
B				
B				
B				

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

35. Nombre o razón social		36. Tipo documento de identificación NIT TI CE CC PA CD			37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección						Teléfono Fijo
Correo Electrónico			Municipio / Distrito		Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input checked="" type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input checked="" type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	<input type="checkbox"/> 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 CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A
--	-----------------------------------	----------------------------	--	-------------------------------------

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 al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <i>Andrés González T.</i>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
--	--

IX. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad	CN RC TI CC PA CE CD SC	TOTAL
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		
<input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.		
<input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.		
<input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.		
<input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.		
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
<input type="checkbox"/> 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.		

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A	69. Fecha de Validación D D M M A A A A
---	--	---	---

70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
--	---------------	----------------

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario <i>[Firma]</i> 09 ENE 2023
-------------------	----------------------------------	---

Observaciones:

REC. NIT: 800.231.4204

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 <i>[Firma]</i>	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
--	---------------------	-----------------------



**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:

FABIAN ANDRES CHINDOY TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.200.801**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Enero del 2025.

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.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **FABIAN ANDRES CHINDOY TORRES** identificado con CC No. **1121200801**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE LETICIA - NI. 899999302	Fecha de inicio de cobertura: 14/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 03/01/2025 Fecha fin de Contrato: 30/06/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012517982.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA 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. 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.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

La información que se registra en este formulario es muy importante para el SGGSS, por favor, para su diligenciamiento, utilizar tinta de color azul, escribir en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

ENCABEZADO

Número de radicación: Número que la EPS asigna en forma cronológica a cada trámite que realicen los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios y/o autorizados.

Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación de reportes de novedades, diligenciado generalmente con un lector óptico o electrónico. Quien realiza el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que este se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO I DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación: Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGGSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
B. Reporte de novedades: Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional, según el tipo de novedades relacionadas en el campo 42.

2. Tipo de afiliación

A. Individual: La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, Entidades e Instituciones.
B. Se debe colocar una "X" en la opción que corresponde: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

- C. Colectiva:** La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGGSS a través de asociaciones, agrupaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.
- C. Institucional:** La opción institucional aplica cuando la persona que sirve a afiliarse se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.
- D. De fe:** La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - LGPP el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumple los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se refiere a ella, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padre no afiliado. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comités de Familia, los defensores de familia, las Promotorías Municipales.

3. Régimen: Marque con una "X" según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliación: Marque con una "X" la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

- Cotizante:** Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGGSS en el Régimen Contributivo.
- Cabeza de familia:** Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.
- Beneficiario:** Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser incluido como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

- 5. Tipo de cotizante:** Marque con una "X" la opción que corresponda.
- Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.
- Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y, por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.
- Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el seguro de aportes a salud se encuentra su cargo.
- Código: Este es el código de identificación de la EPS, y corresponde al código de Cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACIÓN

- Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:**
 - Diligenciar los espacios de los capítulos II y III correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
 - Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
 - Diligenciar los datos del capítulo V relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agrupación o congregación religiosa.
 - Marcar con una "X" en el capítulo VI respecto a la entidad responsable de la afiliación institucional o de fe.
 - Diligenciar en el capítulo VII Firmas, los campos 54 y 55 según el caso.
 - Marcar con una "X" en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilia y los anexos que acompañan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de fe, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia el IPB lo hacen en condición de cabeza de familia hasta que sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si se tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de fe, en los términos del artículo 35 del Decreto 2833 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo V respecto a la entidad responsable de la afiliación institucional o de fe. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos de capítulo X.
- Marcar con una "X" en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que corresponden. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los números 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmado en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institución o entidad de fe".
- Marcar con una "X" en el capítulo IX, el documento de identidad de la persona (o que se va a afiliar y los anexos que corresponden).
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

CAPÍTULO II DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o del cabeza de familia)

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y obtener acceso con los datos almacenados por la entidad competente. Estos son:

- 6. Apellidos y nombres:** Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.
 - Primer apellido
 - Segundo apellido
 - Primer nombre
 - Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad: Debe ubicarse en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO

CN	Certificado de Nacimiento Vigente, es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicio (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y trámite hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el Registro Civil.
RC	Registro Civil de Nacimiento, es el documento expedido por una entidad pública con que se certifica los meses de vida (7 años). Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre 0 de edad hasta (7) y doce (12) años. Debe ser reemplazado por la cédula de ciudadanía.
CC	Cédula de Ciudadanía, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir doce (12) años de edad.
CE	Cédula de Extranjería, es el documento expedido por Migración Colombia, con el que se registra a los extranjeros. Validez de uno, tres, seis (6) meses y uno (1) año, respectivamente, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	Pasaporte, es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con un visa para trabajar en Colombia y/o se encuentra autorizado a entrar una abuela de extranjero, y de los subgrupos menores de edad (7 años).
CD	Carta Diplomática, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en los embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	Salvoconducto de Permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - LGPP, que permite permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres (3) meses y debe ser renovado o sustituido por el documento de identidad.

8. Número del documento de identidad: Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarse exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro, o bien escribe el número NUP que aparece en la parte superior izquierda del documento, o el indicativo social. Verifique que no sea registrado con un dígito cero.

9. Sexo: Marque con una "X" la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad (día, mes y año).

CAPÍTULO III DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos parentales: Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia: En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO ETNIA

- 01 Indígena
- 02 ROM (gitano)
- 03 Racial (San Andrés y Providencia)
- 04 Palenquero (San Basilio de Palenque)
- 05 Negro(a) afroecuatoriano(a)

12. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F: Física, R: Residual, S: Mental.

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T: Temporal, P: Permanente.

13. Puntaje SIEBEN: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrarse el puntaje obtenido en la encuesta SIEBEN.

14. Grupo de población especial: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla:

CÓDIGO GRUPO POBLACIONAL

- 06 Menores desvinculados del conflicto armado.
- 07 Población Desplazada.
- 08 Víctimas del Conflicto Armado.
- 09 Población en riesgo de vulneración bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
- 10 Personas incluidas en el programa de protección y riesgos.
- 11 Adultos mayores en condición de protección.
- 12 Comunidad indígena.
- 13 Población Rroma.
- 14 Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
- 15 Personas que tienen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Secretaría de Subsecretaría del Fondo de Solidaridad y Pensión para la Vejez.
- 16 Personas incluidas en el Registro Único de Identificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de fe, seleccione entre los siguientes códigos: 05, 06, 09, 10, 11, 23, 24.
Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.

15. Administración de Riesgos Laborales - ARL: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo, de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

16. Administración de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotización - IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual se pagan los aportes al SGGSS.

- 18. Residencia:** Diligenciar los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completo.
 - Dirección de su residencia
 - Teléfono (fijo o celular o ambos)
 - Código postal
 - Ciudad/Municipio o barrio
 - Localidad/comuna o ciudad en su caso, municipio o distrito
 - Zona urbana o rural donde se ubique su residencia
 - Departamento
 - En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante: Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero(a) permanente también cotiza al SGGSS. Si este no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la opción beneficiario (B).

Si el momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y Cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación en los espacios:

19. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de las instrucciones.

21. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha separado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo social. Actualice que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo social.

22. Sexo: Marque con una "X" la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad (día, mes y año).

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales: En las filas certificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vive o vivió en el trámite.

24. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de las instrucciones.

26. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha separado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo social.

27. Sexo: Marque con una "X" la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad (día, mes y año).

Datos complementarios

CÓDIGO PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CY	Cónyuge
CP	Compañero(a) permanente incluyendo las funciones del mismo sexo.
HI	Hijos menores de veintidós (22) años de edad. Quien dependan económicamente del cotizante.
HC	Los hijos de cualquier edad. Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HD	Los hijos del cónyuge o compañero permanente afiliado. Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad presenten incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios. Son los hijos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MO	Los menores de veintidós (22) años de cualquier edad que dependan económicamente del cotizante y no se encuentren haciendo grado de consanguinidad como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de datos.
PD	Padres del cotizante. Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscriba como beneficiarios a su cónyuge o compañero(a) permanente o a los hijos. E incluye en cuando legal el cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
MC	Los menores de dieciocho (18) años en custodia.

AA Persona (sin cualquier edad) como afiliado adicional.
BB Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y vive con este en el F° de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de este.

30. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F: Física, N: Neuro-sensorial, M: Mental.

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T: Temporal, P: Permanente.

- 32. Datos de residencia:** Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residen en un municipio diferente al del cotizante.
 - Municipio/Distrito
 - Zona urbana/rural
 - Departamento
 - Teléfono (fijo o celular)

33. Valor de la IPEC del afiliado adicional: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que se presenta la EPS, así:

- En la tabla denominada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En las filas identificadas con la letra B, solo para el régimen contributivo, en la misma tabla, registre el número del municipio del cotizante o afiliado adicional que reside en un municipio distinto del del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:
- El cotizante cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-pensionados de trabajo asociado, Caja de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.

Las instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo protección o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades:

35. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de fe.

36. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de fe, así:
- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carta diplomática) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para el cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponde según la tabla de aportantes establecida para el Plan de Integración de los Códigos de Aportes-PIA.

39. Ubicación:

- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Código postal
- Municipio/Distrito
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., determine el código departamental Bogotá, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede efectuarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la información de los datos reportados en las casillas de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades debe presentarse en las casillas de los datos de identificación del cotizante o cabeza de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que involucren a sus integrantes incluidos.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigentes, cuando no hayan sido reportadas por sus cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

40. Tipo de novedad: Marque con una "X" la casilla que corresponde al tipo de novedad que se va a reportar, según la siguiente tabla:

NÚMERO	NOMBRE
1	Modificación de datos básicos de identificación
2	Corrección de datos básicos de identificación
3	Actualización del documento de identidad
4	Actualización o impresión de datos complementarios
5	Terminación de la inscripción en la EPS
6	Rescisión del IEPF
7	Inclusión de beneficiarios de afiliados adicionales
8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9	Exclusión de relación laboral o exclusión de condiciones para cotizar
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las 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
14	Tránsito
15	Reporte de fallecimiento
16	Reporte del límite de protección al cesante
17	Reporte de la calidad de pre-pensionado
18	Reporte de la calidad de pensionado

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación: Esta novedad se reporta cuando el afiliado o afiliado adicional, institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual se debe presentar el documento de identidad, en el que constan tales modificaciones. Para reportar esta novedad al cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo I y los datos del beneficiario o afiliado adicional, en el capítulo IV, en la opción beneficiario (B).
- Registrar en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que corresponden.

Novedad 2. Corrección de datos básicos de identificación: Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad al cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigentes, en los datos ingresados a la novedad anterior al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que corresponden.

Novedad 3. Actualización del documento de identidad: Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que constan los datos de identificación, para lo cual se debe diligenciar el documento de identidad, según las normas de migración. Para reportar esta novedad al cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".



ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71058.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

ENTIDAD		CIUDAD		FECHA DEL EXÁMEN		
ALCALDIA DEL AMAZONAS		LETICIA		15	02	2024
DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE						
Nombres y apellidos: (1194)		SEXO:	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
FABIAN ANDRES CHINDOY TORRES		M	36	C.C.	C.E	1121200801
CARGO: AUXILIAR APOYO ADMINISTRATIVO			FECHA DE NACIMIENTO: 09/05/1988			
MOTIVO DE EVALUACION						
INGRESO	<input checked="" type="checkbox"/>	REINTEGRO	<input type="checkbox"/>	CAMBIO DE OCUPACION		
PERIODICO	<input type="checkbox"/>	REUBICACION	<input type="checkbox"/>	TRASLADO CIUDAD		
EGRESO	<input type="checkbox"/>	POST-INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	OTROS		
CLASIFICACION DE APTITUD						
INGRESO		PERIODICO		EGRESO		
APTO SIN RESTRICCIONES	<input checked="" type="checkbox"/>	CONTINUA EN EL CARGO	<input type="checkbox"/>	SATISFACTORIO		
APTO CON RESTRICCIONES	<input type="checkbox"/>	REUBICAR TRABAJADOR	<input type="checkbox"/>	NO SATISFACTORIO		
APLAZADO	<input type="checkbox"/>	TEMPORAL	PERMANENTE	VALORACION POR EPS		
TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)						
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	<input type="checkbox"/>	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	<input type="checkbox"/>	ESPACIOS CONFINADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS						
EMO: EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS						
EMO	<input checked="" type="checkbox"/>	EMO ENFASIS ALTURA	<input type="checkbox"/>	EMO ENFASIS MA		
OPTOMETRIA	<input type="checkbox"/>	ELECTROCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/>	KOH DE UÑAS		
AUDIOMETRIA	<input type="checkbox"/>	PERFIL LIPIDICO	<input type="checkbox"/>	COPROLOGICO		
ESPIROMETRIA	<input type="checkbox"/>	GLICEMIA	<input type="checkbox"/>	FROTIS DE GARGANTA		
VAL. OSTEOMUSCULAR	<input checked="" type="checkbox"/>	CUADRO HEMATICO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL DE ORINA		
OTROS:						
RESTRICCIONES						
INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA						
CONSERVACION VISUAL	<input type="checkbox"/>	CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	PSICOSOCIAL		
CONSERVACION AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	ERGONOMICO	<input type="checkbox"/>	BIOLOGICO		
RECOMENDACIONES GENERALES						
CONTROL PERIODICO POR EPS	<input type="checkbox"/>	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/>	CONTINUAR MANEJO MEDICO		
UTILIZAR EPP	<input checked="" type="checkbox"/>	EJERCICIO REGULAR	<input checked="" type="checkbox"/>	MEJORAR HABITOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS						

USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS Y OPORTUNOS ESPECIFICOS DEL CARGO, USAR PROTECTOR SOLAR CONTROL Y MANEJO DE LOS RIESGOS ERGONOMICO (MOVIMIENTOS REPETITIVOS, POSTURAS) FISICO (ALTAS TEMPERATURAS HIDRATAR, PROTEGER Y LUBRICAR LA PIEL PERMANENTEMENTE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO

NOTA: Se expide la certificación con base a la Historia Médica Ocupacional, la cual es de carácter confidencial (Resol. 2346 del 2007)

TRABAJADOR:

FIRMA:
C.C. N°

Fabian Andres Chindoy Torres

1121.200.801



MEDICO:

FIRMA:

DR. FRANCISCO A. BETANCOURT P.
MEDICO CIRUJANO
R.M. 97324 MINSALUD
ESPECIALISTA S.G.S.S.T.
RENOVACIÓN L.O. 3250 NACIONAL
RES. AMAZONAS-817

SELLO: RM 97324, LSO 3250, RAMZ 017.



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente FABIAN ANDRES CHINDOY TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,121,200,801 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 506311760 aperturada el 1 de agosto de 2018 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 3 de enero de 2025.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0506311760
Cuenta de 16 dígitos:	0506000200311760
Cuenta de 20 dígitos:	00130506000200311760

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.