


REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
TABULETAS DE PRIMER CLASE
COMANDO EN JEFE PRIMER CLASE




1007333071
 NOMBRES: [Illegible]
 APELLIDOS: [Illegible]
 FUSILERO

ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS
 DETERMINADOS POR LA LEY 1961 DE 2017

PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1a LÍNEA	FECHA DE 2a LÍNEA	FECHA DE 3a LÍNEA
2018	2028	2038

UNIDAD MILITAR: SAT ASPC 28 SARGENTO SEGUNDO NESTOR OSPINA MELO
 FECHA DE EXPEDICIÓN: 2004/2021
 DISTRITO MILITAR: 051


 DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO





El Departamento del Amazonas
La Secretaria de Educacion
y en su Nombre

La Institucion Educativa "Francisco del Rosario Vela Gonzalez"

Constituida Mediante Decreto N° 068 del 17 de Mayo de 2007 y Aprobada
Mediante Resolución N° 2912 del 23 de Octubre de 2018 en los Niveles de
Educación Preescolar, Basica Primaria, Secundaria y Media, y Educación de Adultos,
Ciclos Lectivos, Especiales integrados I, II, III, IV, V, VI.
DANE N° 191001000730 COD. Icfes 132505 NIT. N° 900214062-0

CONFIERE A:

Denis Java Huatangari

Identificado (a) con CC N° 100733907 Expedido en Leticia Amaz

EL TITULO DE

Bachiller Académico

CON ENFASIS EN EMPRENDIMIENTO

Por Haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
NIVEL DE EDUCACION MEDIA
Segun los Planes y Programas Vigentes, Comtemplados en el
Proyecto Educativo Institucional P:E:I



Dado en Leticia, Amazonas, a los 29 dias del mes de Noviembre de 2019

Victor Julio Segura Rodriguez
Esp. Victor Julio Segura Rodriguez
Rector

Victoria Dosantos Pinto
Victoria Dosantos Pinto
Secretaria Academica



EL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS
LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN



Y EN SU NOMBRE

La Institución Educativa
Francisco del Rosario Vela González

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Leticia Amazonas, a los 29 días del mes de Noviembre de 2019, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado de Educación Media, los suscritos Rector y Secretaria Académica de la Institución Educativa FRANCISCO DEL ROSARIO VELA GONZÁLEZ, Constituida Mediante Decreto No. 068 del 17 de Mayo de 2007 y Aprobada Mediante Resolución No.2912 del 23 de Octubre de 2018, en los Niveles de Educación Preescolar, Básica Primaria, Secundaria y Media y Educación de Adultos, Ciclos Lectivos, Especiales Integrados I, II, III, IV, V, VI con Énfasis en Emprendimiento Empresarial.

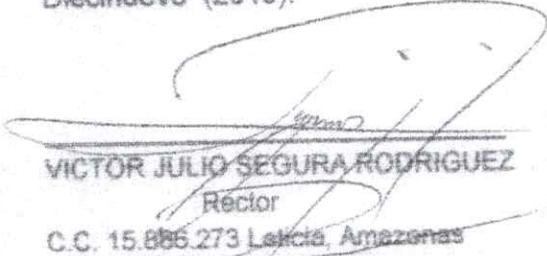
Denis Java Huatangari

Identificado (a) Con C.C. No.1007339078 Expedido en Leticia Amazonas

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 020, del Veintinueve (29) de Noviembre del año Dos Mil Diecinueve (2019), que consta de (76) estudiantes graduandos, que comienza con el nombre de la alumna AHUANARI SILVA SAHIAN FABIANA y cierra con el nombre de YUCUNA MIRAÑA ANA MILENA.

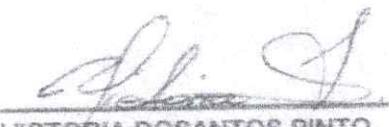
Firmada por VICTOR JULIO SEGURA RODRIGUEZ (Rector) y VICTORIA DOSANTOS PINTO (Secretaria Académica).

Dado en Leticia, a los Veintinueve (29) días del Mes de Noviembre de Dos Mil Diecinueve (2019).


VICTOR JULIO SEGURA RODRIGUEZ

Rector

C.C. 15.886.273 Leticia, Amazonas


VICTORIA DOSANTOS PINTO

Secretaria Académica

C.C. 40.178.377 Leticia, Amazonas

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 lunes 20 de enero de 2025, a las 11:55:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007339078
Código de Verificación	1007339078250120115558

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. 178328920



WEB

11:59:52

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de enero de 2025

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) DENIS JAVA HUATANGARI identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007339078:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público

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 11:56:29 AM horas del 20/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1007339078**

Apellidos y Nombres: **JAVA HUATANGARI DENIS**

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:
51 59700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



Presidencia de la

República



Ministerio de

Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 20/01/2025 11:56:59 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1007339078** .

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. **108586130** . 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

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



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 11:57:31 horas del 20/01/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1007339078**, Apellidos y Nombres **JAVA HUATANGARI DENIS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE LETICIA AMAZONAS**, con NIT **899999302-9** 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

© 2025

🕒 **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-alc@policia.gov.co
🌐 **Web:** www.policia.gov.co/dijin
@ **Instagram:** [/dijinpolicia](https://www.instagram.com/dijinpolicia)
🐦 **Twitter:** [@DIJINPolicia](https://twitter.com/DIJINPolicia)



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa Nacional

Colombia compra eficiente

gov.co GOV.CO

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

141156116640



(415)7707212489984(8020) 000014115611664 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Leticia

14. Buzón electrónico

1 0 0 7 3 3 9 0 7 8

7

3 8

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 0 7 3 3 9 0 7 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Amazonas

9 1

30. Ciudad/Municipio

Leticia

0 0 1

31. Primer apellido

JAVA

32. Segundo apellido

HUATANGARI

33. Primer nombre

DENIS

34. Otros nombres

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

ISLA DE LA FANTASIA CA 143

42. Correo electrónico

javajavadenys@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 2 8 2 3 2 3 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 1 1 0 | 2 0 2 3 | 0 6 0 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

54. Código

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

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:

1

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: Denis

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

Julio C. Navia

984. Nombre

NAVIA ZUÑIGA JULIO CESAR

985. Cargo

Gestor I

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

* 01B 19604253 *

FECHA DE RADICACION
28/02/2015

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRAMITE		2. TIPO DE AFILIACION				3. REGIMEN	
1. TIPO DE TRAMITE A. AFILIACION <input checked="" type="checkbox"/> B. REPORTE DE NOVEDADES <input type="checkbox"/>		A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> b) Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. CONTRIBUCION SOLIDARIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		5. TIPO DE AFILIADO A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		6. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/>		7. CODIGO	

A. AFILIACION
II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO: <u>JAVA</u> SEGUNDO APELLIDO: <u>HUATANGARI</u> PRIMER NOMBRE: <u>DEBIS</u> SEGUNDO NOMBRE: <u>OTRO</u>	
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.N. MS. RC. TI. SC. CE. PA. CD. AS. PT.	10. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>1007339078</u>
11. SEXO BIOLÓGICO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	12. SEXO IDENTIFICACION: <u>Cual?</u>
13. NACIONALIDAD: <u>COLOMBIA</u>	14. LUGAR DE NACIMIENTO: <u>APREZAMENTS LETICIA</u>
15. FECHA NACIMIENTO: <u>15/06/1978</u>	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDIGENA	18. DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	20. CLASIFICACION SISBEN	21. GRUPO POBLACION ESPECIAL	22. ARL <u>POSITIVA</u>
23. AFP <u>PORCER 12</u>	24. IBC <u>1.400.000</u>	25. TARIFA CONTRIBUCION SOLIDARIA	26. RESIDENCIA DIRECCION: <u>Isle de fantasia casa 43</u>	27. DEPARTAMENTO: <u>AMAZONAS</u>		
TELEFONO FIJO	TELEFONO CELULAR: <u>49123238</u>	CORREO ELECTRONICO: <u>javajava@gmail.com</u>	28. ZONA: <input checked="" type="checkbox"/> CABECERA MUNICIPAL <input type="checkbox"/> CENTRO POBLADO <input type="checkbox"/> RURAL DISPERSO <input type="checkbox"/> RESTO RURAL <input type="checkbox"/>			

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____	
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	31. SEXO IDENTIFICACION: <u>Cual?</u>
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO
34. FECHA NACIMIENTO	

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NUMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACION	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN?	48. CLASIFICACION SISBEN	49. DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE	51. Datos de residencia	52. ZONA
B1								DEPARTAMENTO: <u>AMAZONAS</u> MUNICIPIO/DISTRITO: <u>FOFOPSEFOOT</u>	<u>00</u>
B2									
B3									
B4									
B5									

TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA IPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCION	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRONICO	53. IPS	54. CODIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1					<u>051111</u>	
B2						
B3						
B4						
B5						

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación	TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	CORREO ELECTRONICO	DEPARTAMENTO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD	9. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR	15. TRASLADO
1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION	10. TERMINACION DE LA RELACION LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	A) MISMO REGIMEN
2. CORRECCION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION	11. INSCRIPCION EPS RETORNO AL PAIS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA.	B) DIFERENTE REGIMEN
3. ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	12. VINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
4. ACTUALIZACION Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS	13. DESVINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE
5. TERMINACION DE LA INSCRIPCION EN LA EPS Código: _____	14. MOVILIDAD	18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código: _____	A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO	19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
7. INCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	B) AL REGIMEN SUBSIDIADO	20. INGRESO A CONTRIBUCION SOLIDARIA
8. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		21. RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____		PRIMER NOMBRE: _____		SEGUNDO NOMBRE: _____	
62. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	63. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	64. SEXO BIOLÓGICO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	65. SEXO IDENTIFICACION: <u>Cual?</u>		
64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO	68. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

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

71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.

72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

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

74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

75. Autorización para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).

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

78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCION SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____		PRIMER NOMBRE: _____		SEGUNDO NOMBRE: _____	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
---	---

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI SC CE SC PA CD AS PT. Total: 1

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.

90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio: _____	Código del departamento: _____	93. NOMBRE DE LA INSTITUCION
--	-----------------------------	--------------------------------	------------------------------

XII. DATOS DE LA INSTITUCION Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACION.

94. APELLIDOS Y NOMBRES		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____		PRIMER NOMBRE: _____		SEGUNDO NOMBRE: _____	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACION	97. FECHA DE VALIDACION		

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.

- 2a COPIA: AFILIADO -

nueva eps
RECIBIDO
28/02/2015

el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento no el indicativo serial.
38. Nacionalidad: Para los tipos de documentos CN, RC, TI y CC reporte la nacionalidad colombiana. Para el caso de los extranjeros registre la nacionalidad contenida en el documento de identidad debe responder a los códigos ubicados en la Resolución número 974 del 2022 capítulo II tabla II.

39. Sexo biológico o de nacimiento
 Marque con una X, la opción: femenino, o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

40. Sexo identificación
 Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario", según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

41. Lugar de nacimiento:
 Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

42. Fecha de nacimiento:
 Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
43. Parentesco: En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Conformación Grupo familiar	Parentesco	Descripción parentesco
Cotizante/Cabeza de familia	Cónyuge	Existencia de vínculo matrimonial.
Beneficiario	Compañero (a) permanente	Con unión marital de hecho.
Beneficiario	Hijos menores de 25 años	Que dependen económicamente.
Beneficiario	Hijos con incapacidad permanente mayores de 25 años.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
Beneficiario	Hijos de cónyuge o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente.
Beneficiario	Nieto (a) hijos de los beneficiarios	Padre o madre es beneficiario del cotizante.
Conformación Grupo familiar	Parentesco	Descripción parentesco
Beneficiario	Sobrino (a), Tío (a), Nieto (a), Hermano (a)	Hijos menores de 25 años y de cualquier edad con incapacidad permanente que dependen económicamente del cotizante y se encuentran hasta el tercer grado de consanguinidad como consecuencia del fallecimiento de los padres, pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
Beneficiario	Padres del cotizante	Que no están pensionados y dependen económicamente del cotizante, cuando este no tiene inscrito como beneficiarios al cónyuge o compañero(a) permanente o a los hijos.
Beneficiario	Menores de 18 años en custodia	La inclusión como beneficiario está determinado por autoridad competente.
Afiliado adicional consanguíneo	Padre, abuelo (a), bisabuelo (a), hijo (a), nieto (a), biznieto (a), tío (a), primo (a), hermano (a), sobrino (a), hijo del sobrino (a), hermano (a) del abuelo (a)	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta el segundo grado de consanguinidad respecto de este y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.
Afiliado adicional afinidad	Suegro (a), nuera, yerno, cuñado (a), abuelo (a) del cónyuge, hijo (a), nieto (a)	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta el segundo grado de afinidad, respecto de este, es decir con la familia del cónyuge o compañero permanente y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.

44. Etnia
 Registre el código que aparece en el numeral 12 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

45. Comunidad:
 Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 - Etnia" se reporte el código "01 - Indígena", caso en el cual, la EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

46. Grupo de población especial:
 Este campo deberá ser diligenciado si el beneficiario o afiliado adicional pertenece a un grupo de población especial reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

47. Tiene encuesta SISBEN:
 Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBEN.

48. Clasificación SISBEN:
 Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportada que tiene la encuesta del SISBEN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisbén vigente.

49. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente, registre el código de la tabla ubicada en el numeral 14 de este instructivo.

50. Incapacidad permanente:
 Marque con una "X" si el beneficiario como consecuencia de un accidente de trabajo, enfermedad profesional o común presenta una disminución definitiva en su capacidad laboral.

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

52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):
 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, según los valores establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada vigencia.

53. 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 le presente la EPS, así: - En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante o Cabeza de Familia - En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, solo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

54. Código de la IPS:
 La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado. Para la captura digital del formulario, las EPS deben disponer el listado de IPS para que sea seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:
 El Empleador 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-cooperativas de trabajo asociado, Cajas 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 entidades responsables del pago de los tipos de cotizantes relacionados en la novedad 6 del campo 60 "Tipo de Novedad".

55. 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 oficio.

56. Tipo de documento de identificaciones: 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 oficio, 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 (Carné diplomático), PE (Permiso Especial de Permanencia), PT (Permiso de permiso temporal) cuando se trate de personas naturales.

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

58. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones: Este debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

59. Ubicación
 - Dirección
 - Teléfono (fijo o celular)
 - Correo electrónico
 - Departamento
 - Municipio/Distrito

En el caso de Bogotá D.C., Debe escribir como departamento Bogotá D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes cabezas de familia o beneficiarios mediante las suscripciones del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

60. Tipos de novedad: Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que 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 identificación
4	Actualización y corrección de datos complementarios
5	Terminación de la inscripción en la EPS
6	Reporte de pago a través de un tercero
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11	Inscripción EPS retorno al país
12	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14	Movilidad
15	Traslado
16	Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia
17	Reporte del trámite de protección al cesante
18	Reporte de la calidad de prepensionado
19	Reporte de la calidad de pensionado
20	Ingreso a Contribución Solidaria
21	Retiro de Contribución Solidaria

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación.

Apellidos y nombres:
 Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.

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

62. Sexo Biológico o de nacimiento:
 Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

Sexo de identificación: Masculino, femenino, transexual o no binario.
 O como aparece en su documento de identidad.

63. Sexo Identificación
 Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

64. Fecha de nacimiento:
 Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

65. EPS anterior:
 Este dato solo se diligencia para la novedad 15 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

66. Fecha: Registre en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha dd-mm-aaa únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.
Novedad 10: Terminación de la relación laboral.
Novedad 11: Inscripción EPS retorno al país.
Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Novedad 13: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Novedad 16: Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia, la que figura en el certificado de defunción.
Novedad 20: Ingreso a Contribución Solidaria.
Novedad 21: Retiro de Contribución Solidaria.

67. Motivo del traslado:
 Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 15. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 15: "traslado".

68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones:
 Este dato se registra únicamente en la novedad 17: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 19: "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

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

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

74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto número 1377 de 2013.

76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

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

78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta SISBEN vigente.

CAPÍTULO VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

Este capítulo debe ser reportado en caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia, se debe reportar la persona de su grupo familiar que quedará como cabeza de familia y responsable del pago de la Contribución Solidaria, registrando sus nombres y apellidos y el tipo y número de documento de identidad.

CAPÍTULO IX. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional, por el aportante, entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades.

También será suscrito por el beneficiario solo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia. En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio Con la firma contenida en el numeral 80 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el Capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO X. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

82. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC, PT

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

84. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPÍTULO XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial y/o por las instituciones responsables de poblaciones especiales cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

92. 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.

93. Nombre de la Institución:
 Registre el nombre de la institución que está reportando la afiliación o el reporte de la novedad de la población especial a su cargo.

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

En este capítulo se debe diligenciar los datos del funcionario de la entidad territorial o de la Institución responsable de afiliación especial que valida la información reportada en el formulario

94. Apellidos y nombres:
 Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad. - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo Nombre - Tipo de documento de identidad - Número del documento de identidad

95. Firma del funcionario:
 El funcionario de la Institución debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validaciones realizadas.

96. Fecha de radicación:
 Corresponde a la fecha en la que el formulario fue entregado a la EPS.

97. Fecha de validación:
 Registre la fecha en la que el funcionario consultó las bases de datos que corresponda y realizó las validaciones correspondientes.

Observaciones:
 En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.



**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:

DENIS JAVA HUATANGARI, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.339.078**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 28 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DENIS JAVA HUATANGARI** identificado con CC No. **1007339078**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante

MUNICIPIO DE LETICIA - NI. 899999302

Datos de la Relación Laboral

Fecha de inicio de cobertura: 01/03/2025

Estado Afiliación: ACTIVO

Fecha de inicio de Contrato: 13/02/2025

Fecha fin de Contrato: 30/03/2025

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): 202501013199508.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

ENTIDAD		CIUDAD		FECHA DEL EXÁMEN		
ALCALDIA DE LETICIA		LETICIA		08	01	2024
DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE						
Nombres y apellidos : (1155)		SEXO:	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
DENIS JAVA HUATANGARI		M	27	C.C.	C.E	1007339078
CARGO: AUXILIAR			FECHA DE NACIMIENTO: 11/07/1998			
MOTIVO DE EVALUACION						
INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION		
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD		
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS		
CLASIFICACION DE APTITUD						
INGRESO		PERIODICO		EGRESO		
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO		
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO		
APLAZADO		TEMPORAL	PERMANENTE	VALORACION POR EPS		
TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)						
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	ESPACIOS CONFINADOS	
SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS						
<small>EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS</small>						
EMO	X	EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MA		
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS		
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO		
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA		
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA		
OTROS:						
RESTRICCIONES						
.....						
INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA						
CONSERVACION VISUAL		CARDIOVASCULAR		PSICOSOCIAL		
CONSERVACION AUDITIVA		ERGONOMICO		BIOLOGICO		
RECOMENDACIONES GENERALES						
CONTROL PERIODICO POR EPS	X	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL		CONTINUAR MANEJO MEDICO		
UTILIZAR EPP	X	EJERCICIO REGULAR	X	MEJORAR HABITOS		
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS						

VALORACION POR NUTRICIONISTA POR EPS. INICIAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA , MEJORAR POSTURAS DE ABDOMEN Y ESPALDA
 USAR ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD PERSONAL ADECUADOS OPORTUNOS PARA PREVENIR CONTAGIO NUEVAS CEPAS COVID
 19, LLEVAR PROTOCOLOS DE LAVADO DE MANOS , USO DE TAPABOCAS , DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LIMPIEZA AREAS, SUPER-
 FICIES Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO. ACTUALMENTE NO PRESENTA NINGUNA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA. CONTROL
 Y MANEJO DE LOS RIESGOS BIOLÓGICO (VIRUS, BACTERIAS, HONGOS) ERGONOMICO (POSTURAS Y MOVIMIENTOS,
 REPETITIVOS) ,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° 1007339078

MEDICO:

FIRMA:

SELLO: RM 97324, LSO 3250, RMA 617.

DR. FRANCISCO A. BETANCOURT
 MEDICO CIRUJANO
 R.M. 97324 MINSALUD
 ESPECIALISTA S.G.38.T.
 RENOVACION L.O. 4217 NACIONAL
 R. AMAZONAS 617

TRABAJAMOS PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR DE LOS EMPLEADOS

CARRERA 8 N°9-37 BARRIO CENTRO SALUD OCUPACIONAL
 Franciscobetancourt2014@gmail.com Celular 312-5063003
 LETICIA AMAZONAS COLOMB

CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
LETICIA

El Banco Popular, hace constar que el cliente DENIS JAVA HUATANGARI
identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1007339078 , actualmente posee el siguiente producto
radicado en la oficina 269 Leticia con las siguientes características:

Tipo de Producto:	584 Expres Oficina
Número:	230-269-04484-8
Fecha de Apertura:	
Nombre Cuenta	JAVA HUATANGARI DENIS
Estado	ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a INTERESADO
Elaborada en la oficina 269 LETICIA el día 22 del mes 01 del año 2025

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Atentamente,

VIGILADO

Sin firma autografa art. 10 decreto 836 de 1991.

BANCO POPULAR