





# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empolebrida

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )		NOMBRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 13.706.305		F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>		
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/>		SEGUNDA CLASE <input checked="" type="checkbox"/>		NÚMERO	D.M.
				13.706.305	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA	DÍA	MES	AÑO		
	28	10	1969	Cra. 2 # 16 - 49	
PAÍS	Colombia		PAÍS	Colombia	DEPTO. Santander
DEPTO	Santander		MUNICIPIO	Lebrifer	
MUNICIPIO	Bolívar		TELÉFONO	31443666929	EMAIL

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

### EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO

### EDUCACION 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), DOC (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>Empresa de Servicios Públicos</b>		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO <b>Santander</b>		MUNICIPIO <b>Lebrija</b>	PAÍS <b>Colombia</b>
CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>Secretariagr@empubrija.gov.co</b>			
TELÉFONOS <b>3508122323</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>05</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2022</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>30</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2022</b>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>Ayudante de fontanería</b>	DEPENDENCIA <b>Técnica Operativa</b>	DIRECCIÓN <b>Calle 10 #9-73</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>Soluciones laborales Horizonte S.A.</b>		PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO <b>Cundinamarca</b>		MUNICIPIO <b>Bogotá</b>	PAÍS
CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS <b>(57) 2120777</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>02</b> MES <b>01</b> AÑO <b>2021</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>01</b> MES <b>01</b> AÑO <b>2022</b>
CARGO O CONTRATO <b>Operario</b>	DEPENDENCIA <b>Técnica Operativa</b>	DIRECCIÓN <b>Calle 89 N° 13-33</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	PAÍS
CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	PAÍS
CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

**4 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		1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_ NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS \_\_\_\_\_



FUNCIÓN PÚBLICA

**FORMULARIO UNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

Yo, **JOSE RAUL QUIROGA MORENO**

IDENTIFICADO CON: C.C.  C.E. T.I. N° **13.706.305** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País **Colombia** Departamento **Santander** Municipio **Lebríjia**

Dirección **Carrera 2 No 16-49 Ciudadela** Teléfonos

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	\$ -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)**

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

**1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad:  SI  NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasual o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

**3. FIRMA**

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

\_\_\_\_\_

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



**Laboral Salud I.P.S.**  
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión

Nit. 901017957-6

Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia  
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



N° 72.966

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
02 DÍA	12 MES	2022 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	
Ciudad			EMO EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
QUIROGA MORENO JOSE RAUL			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	53 AÑOS 1 MESES 4 DÍAS
			Peso: 68.00 kg	Documento de Identificación
			Talla: 175 cm	CC Tipo
			MC: 22.20 - PESO NORMAL	13706305 Número
Cargo				
INDEPENDIENTE				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES				
Observaciones: NO APLICA				
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	VIGENCIA	RECOMENDACIONES
NO APLICA		NO APLICA	NO REFIERE	NO APLICA
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
OTRAS RECOMENDACIONES MÉDICAS : USAR BLOQUEADOR SOLAR, GORRA Y ROPA MANGA LARGA Y PANTALÓN LARGO SI SE EXPONE A SOL		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
		INCLUIR EN ACTIVIDADES DE P Y P EN SALUD VISUAL		HACER DEPORTE
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA
		OTROS : USAR BLOQUEADOR SOLAR, GORRA Y ROPA MANGA LARGA Y PANTALÓN LARGO SI SE EXPONE A SOL		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
PACIENTE APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO. SE ENCUENTRA PATOLOGÍA CUTÁNEA NO INFECCIOSA CONTROLADA QUE NO RESTRINGE, SE RECOMIENDA USO DE BLOQUEADOR SOLAR SI SE EXPONE AL SOL, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA.				
MEDIDAS PREVENTIVAS COVID 19: USO DE TAPABOCAS Y LAVADO FRECUENTE DE MANOS				
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verdícas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.				

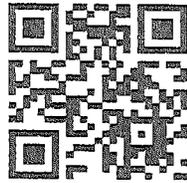
Médico

Firma:

Nombre: MENDOZA GONZALEZ LUIS FRANCISCO

R. M.: 1098743821

L.S.O.: 10082



Código de Seguridad  
E99K1Q72966

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: QUIROGA MORENO JOSE RAUL

CC: 13706305

SEDE: PRINCIPAL CARRERA 29 #40-44

	<b>RESOLUCIÓN</b>  <b>10082</b>	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

**RESOLUCIÓN NÚMERO DE**

**POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

**CONSIDERANDO**

Que LUIS FRANCISCO MENDOZA GONZALEZ, identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 1098743821, ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1:** Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: LUIS FRANCISCO MENDOZA GONZALEZ. MEDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO identificado(a) con la cédula de Ciudadanía No. 1098743821, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

**ARTÍCULO 2:** La licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

**ARTÍCULO 3:** Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

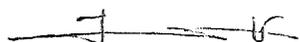
**ARTÍCULO 4:** Esta licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

**ARTÍCULO 5:** Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,

Dado en Bucaramanga a los

19 DE MAYO DE 2017

  
**JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ**  
 Secretario de Salud Departamental

**ADRES**MINISTERIO DE SALUD Y  
PROTECCIÓN SOCIAL**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL  
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	13706305
NOMBRES	JOSE RAUL
APELLIDOS	QUIROGA MORENO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	LEBRIJA

**Datos de afiliación :**

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	01/11/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/06/2023 17:26:31	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	------------------------	---------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE RAUL QUIROGA MORENO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13706305**, se encuentra afiliado/a desde **16/05/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de enero de 2023.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE RAUL QUIROGA MORENO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13706305**, se encuentra afiliado/a desde **16/05/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de enero de 2023.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



**slh**

soluciones  
laborales  
horizonte

SOLUCIONES LABORALES HORIZONTE S.A. SLH S.A.  
NIT: 900392658-1

**CERTIFICA:**

Que el (la) señor(a) **JOSE RAUL QUIROGA MORENO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **13706305**, prestó su aporte de trabajo en nuestra empresa desde el 2 de enero de 2021 hasta 1 de enero de 2022 como trabajador en misión en centro de Operaciones ECOSERVICIOS DE OCCIDENTE S.A.S. E.S.P, desempeñando el cargo de OPERARIO, con un contrato TERMINO OBRA O LABOR - ESPECIAL y una asignación salarial mensual de UN MILLON DE PESOS CON CERO CVS M/CTE. (\$ 1.000.000).

De igual manera se informa que la causa de su retiro corresponde a **TERMINACIÓN OBRA O LABOR**.

La presente se expide a solicitud del interesado(a), en la ciudad de Bogotá a los (12) días del mes de Enero de 2022.

**Gerente General**

Andrea Villamizar G.

---

Este Documento es válido como original, la información aquí suministrada puede ser confirmada al PBX. (1) 2120777

Calle 59 No. 13-33 -Bogotá, D.C. Colombia

PBX (5 71) 2120777

[www.gsh.com.co](http://www.gsh.com.co)


**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**FUERZAS MILITARES**  
 Tarjeta Reservista Segunda Clase

**NÚMERO** 13706305  
**APELLIDOS Y NOMBRES**  
**QUIROGA MORENO**  
**JOSE RAUL**  
 PERTENECE AL EJERCITO DE

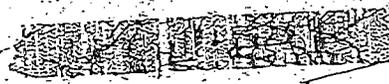
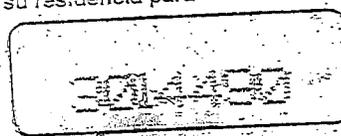
1ª LINEA 31 - DIC 1999	2ª LINEA 31 - DIC 2009	3ª LINEA 31 - DIC 2019
------------------------------	------------------------------	------------------------------

**PROFESIÓN** CONSTRUCTO  
**FECHA DE EXP.** 03 MAY 2011  
**CDTE. 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 efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

# Referencia Bancaria

Viernes, 21 de octubre de 2022

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOSE RAUL QUIROGA MORENO identificado(a) con CC 13.706.305, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	77643671789	2022/10/21	ACTIVA

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

\* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Claudia Posada Álvarez  
Gerente Bancolombia S.A.

*le estamos poniendo el alma*

**Bancolombia**

			Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.
I. TRÁMITE			
TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	06/01/2023 19:24:59	

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE				
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	800137201	ESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA ESP	CL 10 9 73	101178

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
3	Preparación del terreno, incluye la preparación del terreno para posteriores actividades, explotación de minas y canteras, drenaje de terrenos de construcción y de tierras agrícolas o forestales.	5431202	5
DIRECCIÓN		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
PLANTA TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE -LEBRIJA		LEBRIJA	Santander

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR					
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
CC	13706305	QUIROGA	MORENO		
NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA		
JOSE RAUL		28/10/1969	CRA 2 N 16-49		
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO	
LEBRIJA	3115126125	3115126125	raulquirogamore@hotmail.com	M	
LOCALIDAD/COMUNA		ZONA			
CIUDADELA JORGE RIOS CORTES		Urbana			
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO		
Nueva EPS	37	Colpensiones	2		
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO		
Mes Anticipado		10/1/2023	3666666		
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE		
ADMINISTRATIVO	10/1/2023	28/2/2023	NO		
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC			

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 06/01/2023 19:24:59. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.



SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 301323592

0	2200000	1160000	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes	NO DEFINIDO	Voluntario	NO DEFINIDA
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR	
CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	5453002	5	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 06/01/2023 19:24:59. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

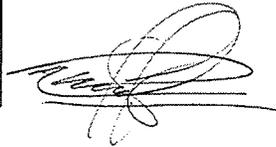
HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES																								
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Domingo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

<p>DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE</p>	<p>DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.</p>	
<p>FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL</p>	<p>FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL</p>	<p>SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL</p>
<p>NOMBRE: _____</p>	<p>FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p>	<p>NOMBRE: _____</p>



\*Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado\*

# FORMULARIO VÍA WEB

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

1. TIPO DE TRÁMITE  
 A. AFILIACIÓN  B. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIACIÓN  
 A. Individuo: a) Cotizante o cabeza de familia  b) Beneficiario o afiliado adicional  B. Colectiva  C. Institucional  D. De oficio  J. RÉGIMEN C. Contributivo  S. Subsidiado

3. TIPO DE AFILIADO  
 CO Cotizante  CF Cabeza de Familia  BE Beneficiario  A. Dependiente  B. Independiente  C. Fianzados  D. Interdependientes por protección económica

4. TIPO DE COOTIZANTE  
 A. Dependiente  B. Independiente  C. Fianzados  D. Interdependientes por protección económica

5. TIPO DE COOTIZANTE  
 A. Dependiente  B. Independiente  C. Fianzados  D. Interdependientes por protección económica

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS  
 PRIMER APELLIDO Quiroga SEGUNDO APELLIDO Moreno PRIMER NOMBRE Jose SEGUNDO NOMBRE Raul

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD  C.C.  T.I.  C.E.  P.A.  C.D.  S.D.  P.E.  D. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 13.706.305 9. SEXO  M  F 10. FECHA NACIMIENTO 28 10 1969

11. OBRERO  12. DISCAPACIDAD  13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN  14. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL  15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES  17. INGRESO BASE DE COTIZACION - IBC  18. UBICACION O DIRECCION DE RESIDENCIA  LOCALIDAD / CONDOMINIO  BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO Lebríja DEPARTAMENTO Santander ZONA  U.  R.  TELEFONO FIJO

TELEFONO MÓVIL  CORREO ELECTRÓNICO  CÓDIGO IPS

**II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR** Datos de identificación del beneficiario (cliquear y completar en permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS  
 PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD  21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD  22. SEXO  M  F 23. FECHA NACIMIENTO  24. CÓDIGO IPS

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

1	21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS										25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO DE FECHA DE NACIMIENTO				28. PARALELO	29. EDEA	31. DISCAPACIDAD		
																					Tipo
1																					
2																					
3																					
4																					

32. DATOS DE RESIDENCIA  
 Ciudad / Edeas  Departamento  Zona  U.  R.  33. VALOR UPB  34. Nombre y código de la EPS  35. EXCEPCION DEL TRASLADO

36. Nombre o Razón Social  37. Tipo documento de identidad  38. Número documento de identidad  39. Tipo de aportante o pagador de pensión

39. UBICACION O DIRECCION  
 Ciudad y Municipio  Departamento  Teléfono Fijo  Teléfono Móvil  Código Electrónico

FECHA INICIO DE RELACION LABORAL  CARGO  SALARIO

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. TIPO DE NOVEDAD  
 1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION  2. CORRECCION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION  3. ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD  4. ACTUALIZACION Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS  5. TERMINACION DE LA INSCRIPCION EN LA EPS  6. REINSCRIPCION EN LA EPS  7. INCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

8. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES  9. INICIO DE RELACION LABORAL O ADOSICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR  10. TERMINACION DE LA RELACION LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA COTIZAR  11. INSCRIPCION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS  12. DESINSCRIPCION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

13. MOVILIDAD  14. ENFERMEDAD  15. ENFERMEDAD  16. ENFERMEDAD  17. ENFERMEDAD  18. ENFERMEDAD  19. ENFERMEDAD  20. ENFERMEDAD  21. ENFERMEDAD  22. ENFERMEDAD  23. ENFERMEDAD  24. ENFERMEDAD  25. ENFERMEDAD  26. ENFERMEDAD  27. ENFERMEDAD  28. ENFERMEDAD  29. ENFERMEDAD  30. ENFERMEDAD  31. ENFERMEDAD  32. ENFERMEDAD  33. ENFERMEDAD  34. ENFERMEDAD  35. ENFERMEDAD  36. ENFERMEDAD  37. ENFERMEDAD  38. ENFERMEDAD  39. ENFERMEDAD  40. ENFERMEDAD  41. ENFERMEDAD  42. ENFERMEDAD  43. ENFERMEDAD  44. ENFERMEDAD  45. ENFERMEDAD  46. ENFERMEDAD  47. ENFERMEDAD  48. ENFERMEDAD  49. ENFERMEDAD  50. ENFERMEDAD  51. ENFERMEDAD  52. ENFERMEDAD  53. ENFERMEDAD  54. ENFERMEDAD  55. ENFERMEDAD  56. ENFERMEDAD  57. ENFERMEDAD  58. ENFERMEDAD  59. ENFERMEDAD  60. ENFERMEDAD  61. ENFERMEDAD  62. ENFERMEDAD  63. ENFERMEDAD  64. ENFERMEDAD  65. ENFERMEDAD  66. ENFERMEDAD  67. ENFERMEDAD  68. ENFERMEDAD  69. ENFERMEDAD  70. ENFERMEDAD  71. ENFERMEDAD  72. ENFERMEDAD  73. ENFERMEDAD  74. ENFERMEDAD  75. ENFERMEDAD  76. ENFERMEDAD  77. ENFERMEDAD  78. ENFERMEDAD  79. ENFERMEDAD  80. ENFERMEDAD  81. ENFERMEDAD  82. ENFERMEDAD  83. ENFERMEDAD  84. ENFERMEDAD  85. ENFERMEDAD  86. ENFERMEDAD  87. ENFERMEDAD  88. ENFERMEDAD  89. ENFERMEDAD  90. ENFERMEDAD  91. ENFERMEDAD  92. ENFERMEDAD  93. ENFERMEDAD  94. ENFERMEDAD  95. ENFERMEDAD  96. ENFERMEDAD  97. ENFERMEDAD  98. ENFERMEDAD  99. ENFERMEDAD  100. ENFERMEDAD

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

41. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION  
 PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE

42. FECHA (a partir de)  43. EPS ANTERIOR  44. EXCEPCION DEL TRASLADO  45. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

46. Declaración juramentada de veracidad. Declaro que contengo una única y verdadera información con respecto a los datos suministrados.

47. Declaración en el momento de cotizar que los beneficiarios y afiliados adicionales no están bajo la protección de un seguro de salud que otorga beneficios económicos dependientes económicamente de mí.

48. Declaración en el momento de cotizar que no tengo a cargo a ningún otro beneficiario dependiente económicamente de mí.

49. Declaración en el momento de cotizar que no tengo a cargo a ningún otro beneficiario dependiente económicamente de mí.

50. Declaración para que la EPS informe 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 los entes públicos que son sus funcionarios o requeridos.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, no sujeta con la Ley 1381 de 2010 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS maneje información al correo electrónico o al celular cuando sea necesario.

**VIII. FIRMAS**

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario  55. Firma y sello del empleador o entidad responsable de la afiliación colectiva, beneficiario o de oficio o independiente por prestación de servicios

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad:  Total

57. Copia del documento de incapacidad presentada al momento de la afiliación o cotización.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura Pública, o de la inscripción o escritura pública que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o escritura judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública que declare la nulidad o anulación judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de defunción o carta de entierro del menor.

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

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración autística por el funcionario de la suspensión de los dos padres.

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

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

65. Copia del acto administrativo o provvedimento de las autoridades competentes en el que conste la calidad de beneficiario o no de un ente territorial.

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

66. Identificación de la Entidad Territorial  
 Código del Municipio  Código del departamento  67. Datos del SISBEN  
 Número de ficha  Puntaje  Nivel  68. Fecha de ratificación  69. Fecha de validación

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

OBSERVACIONES:

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES  
Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva  
eps

gente cuidando gente

MIT. 900.158.2642

FORMULARIO VÍA WEB

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

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con  C.C.  T.I.  C.E.  C.D. Otro: \_\_\_\_\_  
número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, certifico que:

1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ y/o correo electrónico: _____  SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

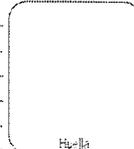
Cordialmente,

Firma: Jose Rogel  
Tipo ID: cc No. ID: 13206305  
Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_  
Dirección: ca 216-49 CSPC  
Tel: 3115126125 Municipio Lebrija  
Departamento: Santander



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

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



Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en el presente formulario y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de NUEVA EPS S.A. consultable al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS  
Asesor: \_\_\_\_\_  
Código \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_



Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.  
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Aviso de privacidad

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

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Sitio web: [www.nuevaeps.com.co](http://www.nuevaeps.com.co)  
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.  
Línea Gratuita: 01 8000 954400  
Línea de atención en Bogotá: 307 7022  
Conmutador: (57 + 1) 4193000  
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 48A - 66 Piso 2.

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

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI	PRODUCTOR AGRICULTOR	SI
			\$	NO	NO	NO	NO
Nivel de Escolaridad	Posición Ocupacional	Inicio Contrato	Fin Contrato				
Ninguna <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Media académica o técnica (bachillerato técnico) <input type="checkbox"/> Básico Primaria <input type="checkbox"/> Media técnica (bachillerato técnico) <input type="checkbox"/>	Humillista <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Técnica Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Último Grado <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/>			Patrón/Employador <input type="checkbox"/> Centralista <input type="checkbox"/> Trabajo por su Cuenta <input type="checkbox"/>			
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDO REGISTRAR LA INGRESO DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERARÁ UNA LEYENDA EN LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA, DECRETO 306 ART. 67 DE 1988 Y ART. 20 DE DECRETO 1462 DE 1989.							
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO				Nombre del Tercero			
				Tipo de Identificación		Identificación del Tercero que realiza el Apto	
				NIT		DV	
				C.C.		C.D.	
				T.I.		C.E.	

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PRODUCTOR	CODIGO GESTOR o PRODUCTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CODIGO DIRECTOR	Causal inconsistencia y/o Observaciones
CIUDAD Y FECHA				