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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

VICENTE GUARNIZO GAITAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **14.105.522**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Septiembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

BID 70



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 3152379
VILLARRAGA CORTES
APELLIDOS
JULIO FERNANDO
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-1984
LA MESA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-SEP-2002 SAN ANTONIO TEQUENDAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
P-1522000-30114031-M-0003152379-20030519 00666 03139A 01 110189575

E.P.S. FAMISANAR LTDA.
FORMATO DE NOVEDADES (P.O.S.)

Famisanar

* 0 4 7 4 9 6 1 4 7 *

02 FEB 2015

Escaneado con CamScanner

8/2 1

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de Septiembre de 2,021

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 3152379
Nombre	: JULIO FERNANDO VILLARRAGA CORTES
Empresa/Contratante	: DIVERPARK F Y F LTDA
Idenficación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 900150308
Fecha de Afiliación a CCF	: 2015/02/10
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2015/02/02
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a Diverpark y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14

IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

Certificado de Aptitud
Informe Salud Ocupacional

compensar | salud

Día	Mes	Año	Ciudad	Departamento
27	01	2021	Dui	Meta

Tipo de examen [1] Ingreso [2] Cambio ocupación [3] Periódico programado [4] Retiro [5] Post-incapacidad [6] Reintegro

Nombre y apellido de aspirante o trabajador						Tipo y número de identificación
Julio Villamizar						CC 3152379
Genero F ☐ M ☒	**Fecha de nacimiento**	**Día** 08	**Mes** 05	**Año** 1984	**Edad**	**Empresa** Duv Peña
Actividad económica Operativo	**Cargo u oficio** Jefe Producción	**Fecha de ingreso**	**Día** 01	**Mes** 12	**Año** 2017	

Concepto de aptitud

1. Ingreso
- ☐ Apto para el cargo que aspira
- ☐ Apto con patología que no interviene con su labor
- ☐ Aptitud que no cumple con el perfil o requisitos para el cargo que aspira
- ☐ Apto con restricción
- ☐ Aplazado

2. Cambio ocupación
- ☐ Apto para el cargo que aspira
- ☐ Apto con patología que no interviene con su labor
- ☐ Aptitud que no cumple con el perfil o requisitos para el cargo que aspira
- ☐ Apto con restricción
- ☐ Aplazado

3. Periódico programado
- ☐ Evaluación satisfactoria para el cargo que desempeña
- ☒ Evaluación satisfactoria con recomendaciones
- ☐ Con restricciones que interviene con su labor o cargo

4. Retiro
- ☐ Trabajador sin enfermedad profesional ni secuela de accidente de trabajo
- ☐ Sospecha de enfermedad laboral
- ☐ Sospecha de enfermedad común agravada por el trabajo
- ☐ Sospecha de secuelas de accidente laboral

5. Post-incapacidad
- ☐ Aptitud física adecuada para el cargo que desempeña
- ☐ Aptitud física adecuada para el cargo que desempeña con recomendaciones preventivas
- ☐ Requiere continuar tratamiento o seguimiento médico para patología de base

6. Reintegro
- ☐ Apto para el cargo que aspira
- ☐ Apto con patología que no interviene con su labor
- ☐ Aptitud que no cumple con el perfil o requisitos para el cargo que aspira
- ☐ Apto con restricción
- ☐ Aplazado

Tipo de cargo (Marque con una X):
☐ Administrativo ☒ Operativo ☐ Manipulación de alimentos ☐ Trabajo en alturas ☐ Otros: _____

Exámenes realizados (Marque con una X): Anexo técnico: No ☐ Si ☐ Cuál? _____

☐ EKG	☐ Triglicéridos	☒ Audiometría	☐ Espirometría
☐ Cuadro hemático	☐ Glicemia	☒ Visiometría	☐ Otros: _____
☐ Colesterol	☐ Parcial de orina	☐ Optometría	

Recomendaciones al trabajador: Trabajo prompt uso de respirador

Recomendaciones a la empresa: Asumir costo tipo de cartucho con el retiro periodico, PTR, EPS

Recomendaciones específicas: Exámenes de seguimiento según Panel actual, Capacitación en Seguridad industrial y

Restricciones: Sí ☐ No ☒ Uso actual EPP

Causa de aplazamiento: _____

Examen de retiro: Remisión a EPS Sí ☐ No ☐

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Autorizo de manera voluntaria al personal médico y paramédico que la institución defina para que se me realicen durante el tiempo necesario el examen médico ocupacional y los exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el (los) profesional (es).

Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa, y acepto el manejo de confidencialidad que Compensar dé a la misma. Así mismo dejo constancia de que conozco los resultados de esta (s) evaluación (es) médica (s).

Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Profesional	**Aspirante o trabajador**
Dr. Orlando Fuentes M. Médico Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo Cedula 25-095 Firma	
Registro L.S.O.	C.C. 3152379 Firma
Nombre	Nombre Julio Fernando Villamizar Cortes

*** Campos para ingreso en SAP

FOR-PSS-836

VIGILADO Supersalud

VIGILADO Supersubsidio

Caja de Compensación Familiar COMPENSAR Cumplimiento LMS 14-07 2019

8147

EPS | sura

ARL | sura

Medellín, 08 de Septiembre de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de DIVERPARK F F LTDA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000002 INSTALACION		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96%	
C3152379	VILLARRAGA CORTES JULIO FERNANDO	01/12/2016		Z4522137	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C31523792125133468

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/09/2021 09:17:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.131.225.182, 198.143.41.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIO FERNANDO VILLARRAGA CORTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **3152379,** se encuentra afiliado/a desde **27/06/2007** 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 08 de septiembre de 2021.

Rosa Mercedes Niño 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.

816

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.022.354.277**

VILLARRAGA MARTINEZ

APELLIDOS

OSCAR HERNAN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-1987**

LA MESA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

24-NOV-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01048779-M-1022354277-20181205 0063388577A 1 9906780924

Certificado de Aptitud
Informe Salud Ocupacional

compensar | salud

Día	Mes	Año	Ciudad	Departamento
27	07	2024	Bta	Cund

Tipo de exámen [1] Ingreso [2] Cambio ocupación [3] Periódico programado [4] Retiro [5] Post-incapacidad [6] Reintegro

Nombre y apellido de aspirante o trabajador							Tipo y número de identificación
Oscar Villarraga							CC 1022354277
Genero F ☐ M ☒	Fecha de nacimiento	Día 02	Mes 07	Año 1987	Edad 33		Empresa Diver Park
Actividad económica Operativo		Cargo u oficio Portero			Fecha de ingreso	Día 27	Mes 07 Año 2024

Concepto de aptitud

1. Ingreso
- ☐ Apto para el cargo que aspira
- ☐ Apto con patología que no interviene con su labor
- ☐ Aptitud que no cumple con el perfil o requisitos para el cargo que aspira
- ☐ Apto con restricción
- ☐ Aplazado

2. Cambio ocupación
- ☐ Apto para el cargo que aspira
- ☐ Apto con patología que no interviene con su labor
- ☐ Aptitud que no cumple con el perfil o requisitos para el cargo que aspira
- ☐ Apto con restricción
- ☐ Aplazado

3. Periódico programado
- ☐ Evaluación satisfactoria para el cargo que desempeña
- ☒ Evaluación satisfactoria con recomendaciones
- ☐ Con restricciones que interviene con su labor o cargo

4. Retiro
- ☐ Trabajador sin enfermedad profesional ni secuela de accidente de trabajo
- ☐ Sospecha de enfermedad laboral
- ☐ Sospecha de enfermedad común agravada por el trabajo
- ☐ Sospecha de secuelas de accidente laboral

5. Post-incapacidad
- ☐ Aptitud física adecuada para el cargo que desempeña
- ☐ Aptitud física adecuada para el cargo que desempeña con recomendaciones preventivas
- ☐ Requiere continuar tratamiento o seguimiento médico para patologia de base

6. Reintegro
- ☐ Apto para el cargo que aspira
- ☐ Apto con patología que no interviene con su labor
- ☐ Aptitud que no cumple con el perfil o requisitos para el cargo que aspira
- ☐ Apto con restricción
- ☐ Aplazado

Tipo de cargo (Marque con una X):
☐ Administrativo ☒ Operativo ☐ Manipulación de alimentos ☐ Trabajo en alturas ☐ Otros: _____

Exámenes realizados (Marque con una X): Anexo técnico: No ☐ Si ☐ Cuál? _____

☐ EKG	☐ Triglicéridos	☒ Audiometría	☐ Espirometría
☐ Cuadro hemático	☐ Glicemia	☒ Visiometría	☐ Otros: _____
☐ Colesterol	☐ Parcial de orina	☐ Optometría	

Recomendaciones al trabajador: Evitar el uso de equipos audiometricos fuera de la jornada laboral

Recomendaciones a la empresa: Valoración optometrica y audiometrica y medidas generales para todos los cargos

Recomendaciones específicas: Capacitación en Seguridad Industrial y elementos de protección

Restricciones: Si ☐ No ☒

Causa de aplazamiento: _____

Examen de retiro: Remisión a EPS Si ☐ No ☐

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Autorizo de manera voluntaria al personal médico y paramédico que la institución defina para que se me realicen durante el tiempo necesario el examen médico ocupacional y los exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el (los) profesional (es).

Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa, y acepto el manejo de confidencialidad que Compensar dé a la misma. Así mismo dejo constancia de que conozco los resultados de esta (s) evaluación (es) médica (s).

Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Profesional	Aspirante o trabajador
Firma	Oscar Martinez
Registro L.S.O.	C.C. 1022354277
Nombre	Nombre Oscar Martinez

*** Campos para cargue en SAP FOR-PSS-836

VIGILADO Supersalud — Resolución Habilitación Prestadores 2426 de 2019 — Nivel de Atención Prestadores Mediana Complejidad

VIGILADO SuperSubsidio — Caja de Compensación Familiar COMPENSAR Comunicaciones UAN 14-02-2019

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

12.143.538

MOSQUERA MUÑOZ

APELLIDOS

BERMANG

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-1971

SAN AGUSTIN
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-NOV-1990 SAN AGUSTIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

0019390054A 1 1960100909

8971

SERVISALUD
OCUPACIONAL
NIT. 830.136.321-5

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



CHA 15-sept-2021 Salud en el Trabajo HORA 14:06.45
PRESA UACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S NIT.900.405.131-0
O DE EXAMEN: INGRESO
FORMACIÓN GENERAL:
mbre del Trabajador: Bermang Mosquera Muñoz
ad 49 años 10 meses 17 dias
cumento de Identificación: CC Número: 12143538
rgo AYUDANTE

TO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

gnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

MENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

liometria: Conducta: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupacion
trol: 1 año
isión: Ninguna
omendaciones: Proteccion auditiva, ingresar programa (PVER)

ometria
Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , USAR MONOGAFAS Y GAFAS CO
RO AR, CONTROL ANUAL
Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , USAR MONOGAFAS Y GAFAS C
RO AR, CONTROL ANUAL

s Recomendaciones: Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2/ Autocuidado en el sitio
jo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos
urales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados con la alimentación, 6/ Uso de bloqueador solar 2
s al dia. 7/ Control con odontologia anual y con medicina general anual por EPS. 8/ Ejercicio 3 veces a la
ana como minimo 30 minutos. 9/ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable. 10/ Técnica de lavados
s con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 11/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteracione
musculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral.12/ Hidratación constante. 13/ Hábitos saludables

lo se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. Tener en cuenta las indicaciones y
mendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según
lar 030 del 8 de mayo del 2020.

DAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
IO NORMAL OSTEOMUSCULAR: Normal. / REMISION A EPS?: NO.

aminado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sob
ad en salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
SU... DOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

co

Henry Orozco Solano
Med. Esp. Salud Ocup.

HENRY OROZCO SOLANO
72264756 Lic.SO:

Trabajador

Firma BERMANG M. C.
Nombre: Bermang Mosquera Muñoz
CC N° 12143538

Huella

8 2011

ARL | sura

Medellín, 15 de septiembre de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C12143538	MOSQUERA MUÑOZ BERMANG	16/09/2021		K1682412	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/09/2021 16:35:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.50.224, 198.143.41.14, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

821

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BERMANG MOSQUERA MUÑOZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12143538,** se encuentra afiliado/a desde **29/08/2007** 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 15 de septiembre de 2021.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño 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.

8221

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Coomeva | EPS

RADICADO No 28357924

Fecha de Radicación: 15/09/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE (Los los numerales)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] / Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	01

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
MOSQUERA	MUÑOZ	BERMANG	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	12143538	Femenino [ ] Masculino [X]	28/10/1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
06	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		00

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de Cotización - IBC
SEGUROS DE VIDA SURAMERIC	081 / ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE P	908,526

18. Residencia			
TRANVERSAL 89 65 54 SUR	3115777666	3115777666	manuelbejarano0171@gmail.com
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico

11001 / BOGOTA D.C.	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	11 / BOGOTA D.C.
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna / Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

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

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado (adicional) (a registrar por la EPS)
B2						
B3						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C	SINERGIA UNIDAD BASICA AV 68 BGTA P P R	CLINICA DENTALES CASTILLA - P P R.	20101030	20101734
B				
B				
B				

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JACARD OBRAS DE INGENIERI	NI	900405131	01

39. Ubicación				
DG 48 SUR 13 B 19 ESTE	3713524	AFILIACIONESJJ@HOTMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

Coomeva | EPS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		1 5 0 9 2 0 2 1

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Regimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [x] 53. Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- [x] 56. Anexa copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:	0	0	0	1	0	0	0	0	1

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	71. Firma del funcionario	

Observaciones: _____

Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	( )	( )
¿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?	( )	( )
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	( )	( )
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	( )	( )
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	( )	( )

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

824 1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **85.441.428**
TAVAREZ AREVALO
APELLIDOS
EVERARDO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-NOV-1973**
EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA
O+ G S RH
M SEXO
30-JUN-1994 EL BANCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00856753-M-0085441428-20161019 **0051**909319A 5 1984078150

825

aportes en línea

Planilla Resumen

826

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900405131	0	JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CAFAM	calle 48 sur # 13 D -19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3719324	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-08	1086041681	9423197327	E	2021/08/09	2021/08/06	BANCOLOMBIA	0	$1,970,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vis	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	70720180	CARDENAS CARDONA JAIRO ALBERTO																		230201	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,300
2	CC	1006920183	CAVIEDES MUNOZ LUIS HERNANDO																		230301	30	$908,600	$145,400	EPS017	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
3	CC	13892073	PINO VIVAS JHONN JAIME																		230201	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,300
4	CC	1013718480	MORENO TIRIA RICARDO ANDRES																		230301	30	$908,600	$145,400	EPS044	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
5	CC	80894083	SOTO HERNANDO																		230201	30	$908,600	$145,400	EPS002	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,800
6	CC	1023959819	TAVAREZ FLOREZ EVERARDO																		230301	30	$908,600	$145,400	EPS017	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
7	CC	85041428	TAVAREZ AREVALO EVERARDO																		230201	30	$908,526	$145,400	EPS016	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,300
Total	Afiliados(7)																						$6,359,978	$1,017,800			$6,359,978	$254,800			$6,359,978	$254,800			$6,359,978	$443,100		$0	$0		$1,970,300

2021/08/0[illegible] 4 AM

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900405131	0	JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CAFAM	calle 48 sur # 13 D -19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3719924	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-08	1086041681	9423197327	E	2021/08/09	2021/08/06	BANCOLOMBIA	0	$1,970,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$1,017,800	$0	$0	$1,017,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$436,200	$0	$0	$436,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$581,600	$0	$0	$581,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$443,100	$0	$0	$443,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$443,100	$0	$0	$443,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$254,800	$0	$0	$254,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	7	$254,800	$0	$0	$254,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				7	$254,800	$0	$0	$254,800
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$36,400	$0	$0	$36,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$72,800	$0	$0	$72,800
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$36,400	$0	$0	$36,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$72,800	$0	$0	$72,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$36,400	$0	$0	$36,400
TOTAL				7	$1,970,500	$0	$0	$1,970,500

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 6-abr-2021 **HORA** 09:05:56
EMPRESA JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S NIT 900.405.131-0
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Everardo Tavarez Arevalo
Edad 47 años 4 meses 24 dias
Documento de Identificación CC *Número* 85441428
Cargo OFICIAL

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Conducta: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Remisión: Ninguna
Recomendaciones: Uso protección auditiva (EPA)

Optometría
Vision Lejana: PACIENTE CUMPLE CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , USAR MONOGAFAS, FILTRO AR Y CONTROL ANUAL
Vision Cercana: PACIENTE CUMPLE CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , USAR MONOGAFAS, FILTRO AR Y CONTROL ANUAL

Otras Recomendaciones: Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados con la alimentación, 6/ Uso de bloqueador solar 2 veces al dia. 7/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 8/ Ejercicio 3 veces a la semana como minimo 30 minutos. 9/ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable, 10/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 11/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares uso de EPP acorde a la actividad laboral.12/ Hidratación constante. 13/ Hábitos saludables

14/ No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laboral y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS
MEDICO NORMAL OSTEOMUSCULAR Normal / REMISION A EPS? NO

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Medico

Firma Henry Orozco Solano Medl. Esp. Salud Ocup. Reg. Med. 0088-08 Librada 72021

Nombre HENRY OROZCO SOLANO

RM 72264756 Lic SO:

Trabajador

Firma

Nombre Everardo Tavarez Arevalo

CC N° 85441428

Huella

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.353.853**

SOTO

APELLIDOS

HERNANDO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-ABR-1964**

SAN JUAN DE RIOSECO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

03-AGO-1984 MADRID
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00437349-M-0080353853-20130530 0033199453A 1 1072325580

8297 12

SERVISALUD
IPS Occupational Health

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



ECHA 30-sep-2020 HORA 11:09:11
MPRESA JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S NIT 900.405.131-0
IPO DE EXAMEN: INGRESO
IFORMACIÓN GENERAL:
ombre del Trabajador: Hernando Soto
dad 56 años 5 meses 4 días
ocumento de Identificacion: CC Numero: 80353853
argo: AYUDANTE

PTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

agnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional
AMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO
udiometria:SU CAPACIDAD AUDITIVA ES ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN
ONTROL ANUAL.
SO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA
ptometria
sion Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON
LAR , CONTROL ANUAL
s. ... Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON
LTRALAR , CONTROL ANUAL

ras Recomendaciones: 1/ / Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral . 2/ Autocuidado en el
io de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados
ábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados con la alimentación. 6/ Uso de bloqueador
der 2 veces al día. 7/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 8/ Ejercicio 3 veces a la
mana como mínimo 30 minutos. 9/ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable. 10/ Técnica de lavados de
nos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 11/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones
teomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral.12/ Hidratación constante. 13/ Hábitos saludables. 14/ No
detecto ninguno de los diagnosticos listados como comorbilidades. 15/Tener en cuenta las indicaciones y
sideraciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 segun
cular 030 del 6 de mayo del 2020.
'UDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
EDICO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR Normal. REMISION A EPS ?: NO

examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre
estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

idico

ma
Dr. Jorge E. Betancourt P.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
RSO - 18344 - Licencia

ombre JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA
M 18344 Lic.SO

Trabajador

Firma
Nombre Hernando Soto
CC N° 80353853

Huella



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
13992073
NUIP No.
FINO VIVAS
APELLIDOS
JHONN JAIME
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1977
CAJAMARCA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
28-JUL-1995 CAJAMARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-2902200-6310344-M-0013992073-20030611
00137 122321313

SERVISALUD

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA: 6 de 7 2021 HORA: 06:51:57
EMPRESA: JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S NIT 900.405.131-0
TIPO DE EXAMEN: PERIÓDICO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Jhonn Jaime Fino Vivas
Edad: 44 años 21 dias
Documento de Identificacion: CC Numero: 1395820975
Cargo: OFICIAL

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Exámen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Conducta: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Remisión: Ninguna
Recomendaciones: Uso de protector auditivo (TAPA)

Optometria
Vision Lejana: NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , REMITIR A OPTOMETRIA
Vision Cercana: NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , REMITIR A OPTOMETRIA

Duras Recomendaciones: 1/ Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausas activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados con la alimentación. 6/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 7/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorias diarreicas. 8/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral. 9/ Hidratación constante. 10/ Habitos saludables. USO DE GAFAS PERMANENTES EN JORNADA LABORAL

13/ Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laboral y grupos riesgos COVID-19 segun circular 0380 del 5 de mayo de 2020.

APOYOS DIAGNOSTICOS PRACTICADOS:
MEDICO NORMAL, OSTEOMUSCULAR Normal / AUDIOMETRIA Normal / OPTOMETRIA

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes personales, personales y familiares que pudiese influir sobre estas condiciones y que toda la información expresada en este documento es cierta."
LOS RESULTADOS SE ENCUENTRAN CONSIGNADOS EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL CON FIRMA EN AUDIOMETRIA

Medico		Trabajador		
Firma	Henry Orozco Solano	Firma		Huella
Nombre:	HENRY OROZCO SOLANO	Nombre:	Jhonn Jaime Fino Vivas	
RM:	72264758 Ud. SO	CC N°	1395820975	

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900405131	0	JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CAFAM	calle 48 sur # 13 D -19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3719324	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-08	10860416B1	9423197227	E	2021/08/09	2021/08/04	BANCOLOMBIA	0	$1,970,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$1,017,800	$0	$0	$1,017,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$436,200	$0	$0	$436,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$581,600	$0	$0	$581,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$443,100	$0	$0	$443,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$443,100	$0	$0	$443,100
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	7	$254,800	$0	$0	$254,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				7	$254,800	$0	$0	$254,800
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	7	$254,800	$0	$0	$254,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$36,400	$0	$0	$36,400
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	2	$72,800	$0	$0	$72,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$36,400	$0	$0	$36,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$72,800	$0	$0	$72,800
TOTAL				1	$36,400	$0	$0	$36,400
				7	$1,970,500	$0	$0	$1,970,500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900403121	0	JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CAFAM	calle 48 sur # 13 D -19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3719324	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-08	1086041681	94231972?7	E	2021/08/09	2021/08/06	BANCOLOMBIA	0	$1,970,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	ivp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	70728180	CARDENAS CARDONA JAIRO ALBERTO																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
2	CC	1006520183	CAVIEDES MUÑOZ LUIS HERNANDO																		230301	30	$908,600	$145,400	EPS017	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
3	CC	13992073	FINO VIVAS JHONN JAIME																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
4	CC	1033718480	MORENO TIRIA RICARDO ANDRES																		230301	30	$908,600	$145,400	EPS044	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
5	CC	80363853	SOTO HERNANDO																		230301	30	$908,600	$145,400	EPS002	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
6	CC	1022959816	TAVAREZ FLOREZ EVERARDO																		230301	30	$908,600	$145,400	EPS017	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
7	CC	85441428	TAVAREZ AREVALO EVERARDO																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS016	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
Total	Afiliados(7)																						$6,359,978	$1,017,800			$6,359,978	$254,800			$6,359,978	$284,800			$6,359,978	$443,100		$0	$0		$1,970,500

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.802.153
BUESAQUILLO SALAS

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

Juan David Buesaquillo Salas

FIRMA

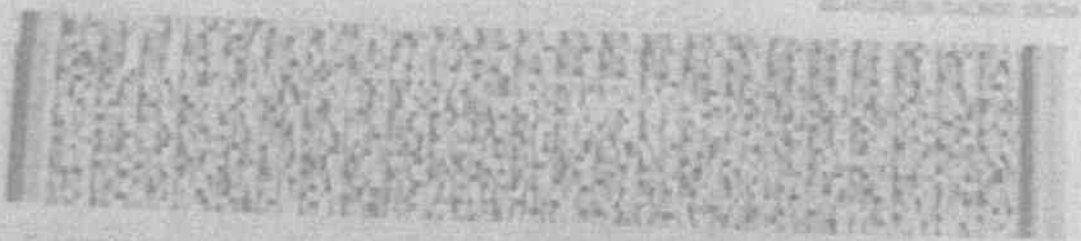




FECHA DE NACIMIENTO 25-JUL-2000
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

31-JUL-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



835 1

SERVISALUD

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 15-sept.-2021 HORA 09:42:21
EMPRESA JACARO OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S NIT 900.405.151-6
TIPO DE EXAMEN INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador Juan David Buesaquillo Salas
Edad 21 años 1 mes 20 días
Documento de Identificación CC Numero 1003602153
Cargo OFICIOS VARIOS

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1 Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Capacidad auditiva en adecuada para la actividad
Uso protección auditiva

Optometria
Vision Lejana: EMETROPE. SE SUGIERE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL A CONTROL SEGUN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA EMPRESA
Vision Cercana: EMETROPE. SE SUGIERE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL A CONTROL SEGUN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA EMPRESA

Otras Recomendaciones: Manejo de estres con actividades que mejoren la carga laboral 2/ Pausas activas de trabajo 3/ Pautas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de descanso) 4/ Adecuados habitos posturales para conservar un buen estado de columna 5/ Cuidados con la alimentación 6/ Uso de bloques de solar 2 veces al dia 7/ Control con odontologia anual y con medicina general anual por EPS. 8/ Ejercicio 3 veces a la semana cada mismo 30 minutos 9/ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable 10/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorias y diarreicas 11/ Mantener posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares uso de EPP acorde a la actividad laboral 12/ Hidratación constante 13/ Hábitos saludables

14/ No se detectó ninguno de los diagnosticos listados como comorbilidades. Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y gruops riesgos COVID-19 segun circular 017 del 6 de mayo del 2020

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO NORMAL OSTEOMUSCULAR Normal / REMISION A EPS?: NO.

" El suscrito certifica que suministró integra, clara y completa sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudieran influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS AQUI CONSIGNADOS EN LAS HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRAS IPS

Médico		Trabajador		
Firma	Henry Orozco Solano	Firma		Huella
Nombre	HENRY OROZCO SOLANO	Nombre	Juan David Buesaquillo Salas	
RM	72284796 LIC SO	CC N°	1003602153	

8367

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:

JUAN DAVID BUESAQUILLO SALAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.802.153,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 16 de Septiembre del 2021.

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.

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

190971

BOLES PAOLITA OBITAS JUAN DAVID

100 3802153

25072000

SUPA

PORVENIR 908526 CL 46 78-51

BOGOTA D.C.

JACKED OBITAS 900405131

16 09 202 AYUDANTIA 908600

- 2a. COPIA: AFILIADO -

ARL | sura

Medellín, 16 de septiembre de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde *las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de* JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1003802153	BUESAQUILLO SALAS JUAN DAVID	17/09/2021		20119226	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/09/2021 11:28:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.50.224, 198.143.41.14, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.149.455.704
CARRILLO CELIS

APELLIDOS
LUIS FERNANDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1985
TACHIRA-RUBIO
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

20-MAR-2018 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2500100-81136530-M-1149455704-20200229 0070363085G 2 49770364

SERVISALUD

CONCEPTO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL



FECHA 23 sept -2021 HORA 08:26:25

EMPRESA LACASO OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S NIT 900.495.181-0

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Luis Fernando Camillo Celis

Edad: 28 años 7 meses 23 días

Documento de Identificación CC Número: 1149455704

Cargo: OFICIAL

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación

Interpretación auditiva:

Optometria

Visión Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO. SE SUGUIERE ELEMENTOS DE PROTECCION VISULA CONTROL SEGUN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA EMPRESA

Visión Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO. SE SUGUIERE ELEMENTOS DE PROTECCION VISULA CONTROL SEGUN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA EMPRESA

Las Recomendaciones: 1/ Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausas activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento) 4/ Adecuadas medidas posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados con la alimentación. 6/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 7/ Tecnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorias y diarreicas. 8/ adecuar progresivo con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, con el fin de acceder a la actividad laboral 9/ Hidratación constante 10/ Habitos saludables.

Nota: No se detectó ninguno de los diagnosticos listados como comorbilidades. 13/ Tener en cuenta las vacunaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laboral y grupos riesgos COVID-19 segun circular 0750 del 18 de mayo del 2020

PRUEBAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:

ELECTRO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR: Normal. // REMISION A EPS: NO

El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre este estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		Trabajador		
Firma:	Henry Orozco Solano	Firma:		Huella
Nombre:	HENRY OROZCO SOLANO	Nombre:	Luis Fernando Camillo Celis	
RMP:	7225473	Esp: SO	CC N°:	1149455704

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CARRILLO CELIS LUIS FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **1.149.455.704** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de agosto de 2020 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de septiembre de 2021.

Cordialmente,

Laura P. Merchan M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

842

ARL | sura

Medellín, 22 de septiembre de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRA		*Clase: 5*		*Porcentaje Cotización: 6,96 %*	
C1149455704	CARRILLO CELIS LUIS FERNANDO	23/09/2021		16223R24	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/09/2021 13:10:35.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.62.158, 198.143.41.21, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

843 1

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9008023912

No. de Radicado: 22398355

Fecha de radicación: 22 09 2021

Código de registro por la EPS:

I. DATOS DEL TRABAJO

Lea las instrucciones antes de diligenciar el formulario

1. Tipo de tramite: A. Afiliación [ ] B. Traslado [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Cabeza de familia [X] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

II. AFILIACIÓN. A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres				
	CARRILLO	CELIS	LUIS	FERNANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento		
CC	1149455704		20	02	1985

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos pensionales)

11. Etnia: 12. Discapacidad: Tipo [ ] Cantidad [ ] 13. Puntaje SISBEN: 14. Grupo de población especial: 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A 16. Administradora de pensiones:

17. Ingreso base de cotización - IBC: $908.526 18. Residencia: Zona Urbana [ ] Rural [ ]

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres:

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad: Tipo	Cantidad	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Nombre tipo vía principal	33. Valor de la UPC del afiliado adicional a reportar por la EPS
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS asignado por la EPS
C		
D		
E		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante a pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL	NT	900405131	

39. Dirección	40. Teléfono	41. Código Municipio	42. Código Departamento
DG 48 S 13B 19 E	3713524	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

43. Tipo de Novedad:
1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización de documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reincorporación en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de suspensión temporal de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad promotora para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad promotora para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad A. Régimen Contributivo [ ] 14. Traslado A. Mismo Régimen [ ] 15. Traslado A. Diferente Régimen [ ] 16. Reserva de beneficiarios [ ] 17. Retiro de cabeza de protección al cesante [ ] 18. Retiro de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Retiro de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

44. Datos básicos de identificación: Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	45. Fecha de novedad
				22 09 2021

46. EPS anterior	47. Motivo de Traslado: Código	48. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

50. Identificador de la Entidad Territorial: Código de municipio	Código de departamento	51. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Mes	52. Fecha de radicación	53. Fecha de validación

54. Datos del funcionario que realiza la validación:

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

55. Firma de funcionario

Recuerde que con la firma se formaliza el afiliado manifiesta su voluntad de la información registrada y de los derechos y deberes establecidos en el capítulo VII de formulario

Cambio Empleo

INTERNET

844 1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.520.183
CAVIEDES MUÑOZ
APELLIDOS
LUIS HERNANDO
NOMBRES

Luis H Caviedes Muñoz
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-2001
SAN VICENTE DEL CAGUAN
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

11-ABR-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

Sede / Orden: 12 / 12221	Fecha: 19 de marzo de 2021	Convenio: PARTICULAR
Paciente: LUIS HERNANDO CAVIEDES MUÑOZ	Identificación: 1.006.520.183	Sexo: MASCULINO
Tipo de paciente: AMBULATORIO	Edad: 20 AÑOS	Servicio: CONSULTA OC.
Medico tratante: JORGE E. BETANCOURT PLAZA		EPS: FAMISANAR

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

RESOLUCIONES 20616 DE 20/12/2017 MPS

CIUDAD Y FECHA: Bogotá D.C. 19 de marzo de 2021

NOMBRE DEL TRABAJADOR: LUIS HERNANDO CAVIEDES MUÑOZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.006.520.183 *EDAD:* 20 AÑOS

EMPRESA: JACARD DE INGENIERIA CIVIL S.A.S. *NIT:900405131-0*

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-ocupacional y aptitud física para trabajo en alturas y espacios confinados

FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales que estara expuesto en el cargo a desempeñar: AYUDANTE

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO									RESULTADOS
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)								NORMAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)								NORMAL
3.	OXIMETRIA DE PULSO: 02 AMBIENTE								90%
4.	VISIOMETRIA (OPTEC-2000)								NORMAL
5.	HEMOCLASIFICACION								RH O + (POSITIVO)
6.	GLICEMIA								NORMAL
7.	PERFIL LIPIDICO								NORMAL
8.	PSICOTEST DE ALTURAS								NORMAL
9.	PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS								SIN ALTERACIONES
10.	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL								SIN ALTERACIONES
11.	VARIABLES FISICAS	FRECUENCIA CARDIACA	90	PESO		KG. 72	ESTATURA	CMS 1.71	TENSION ARTERIAL 120/80

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

1.	APTO SIN RESTRICCION	X
2.	CONDICIONAL (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
3.	RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
4.	APLAZADO	

Ø Se autoriza al trabajdor para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valoracion medica ocupacional y paraclinicos según resolución No 2061 DEL 20/12/2017 MPS SI (X) NO ( )

ALTERACION	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	PERMANENTE
VISUAL	NINGUNA		
CARDIOVASCULAR	NINGUNA		

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL

SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA LABORAL

HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

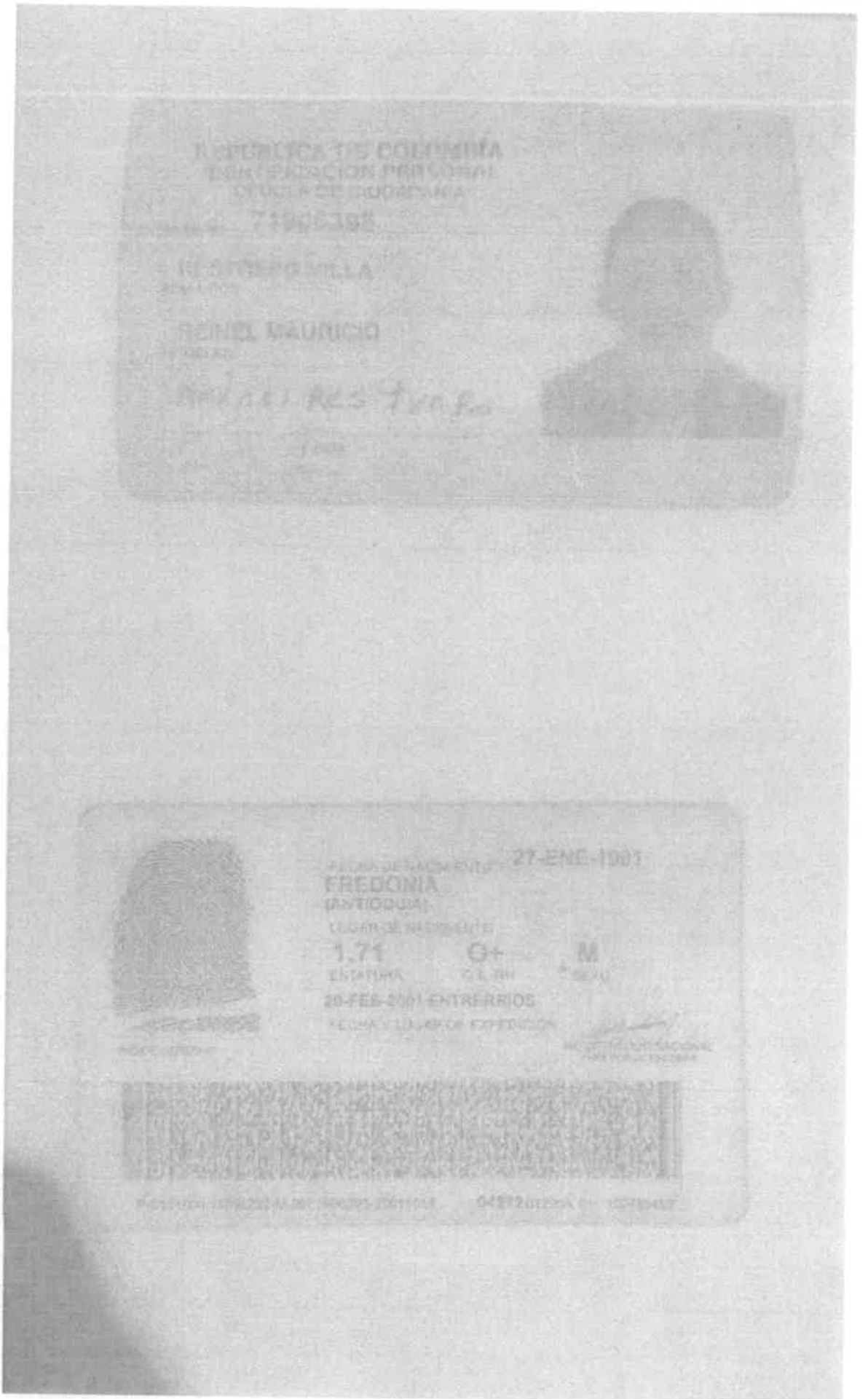
OBSERVACIONES: NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON SARS-COV2

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 2020

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia de la RESOLUCION 1346 de julio del 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clinica y no se emiten diagnosticos clinicos en este documento.

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL LICENCIA S.O 11630	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C.: 1006520183	HUELLA INDICE DERECHO

8467


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
REINEL MAURICIO
27-ENE-1981
FREDONIA
(ANTIOQUIA)
1.71
G+
M
20-FEB-2001 ENTRERRIOS

OCUPACIONAL IPS

LIC. SST Resolución No. 14910 de 28-11-2018 SDS
NIT. 830.136.321-5

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 18-sept.-2021 HORA 09:04:04
EMPRESA JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S NIT 900.405.131-0
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Reinel Mauricio Restrepo Villa
Edad 40 años 7 meses 21 dias
Documento de Identificación CC Número: 71906395
Cargo: AYUDANTE

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Uso protección auditiva

Optometria
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO, DEFECTO VISUAL, QUE REQUIERE VALORACIÓN POR OPTOMETRIA GENERAL
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO, DEFECTO VISUAL, QUE REQUIERE VALORACIÓN POR OPTOMETRIA GENERAL

Otras Recomendaciones: 1/ / Manejo de estrès con actividades que mejoren la carga laboral. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados con la alimentación. 6/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 7/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 8/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral 9/ Hidratación constante. 10/ Hábitos saludables.

12/ No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. 13/ Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laboral y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS
MEDICO: NORMAL OSTEOMUSCULAR: Normal
REMISION A EPS: NO

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma: Henry Orozco Solano
Nombre: HENRY OROZCO SOLANO
RM: 72264756 Lic.SO:

Trabajador

Firma: Mauricio Restrepo Villa
Nombre: Reinel Mauricio Restrepo Villa
CC N°: 71906395



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007125362	2|0|0|9|2|0|2|1

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RESTREPO (Primer apellido)	VILLA (Segundo apellido)	REINEL (Primer nombre)	MAURICIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	71906395	Femenino ☐ Masculino ☒	27|0|1|1|9|8|1

VI. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M	Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	908600

1.Residencia			
CL 74 A SUR 92 71 (Dirección)	9329441 (Telefono fijo)	Telefono celular	REINELM91@HOTMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

18. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo** Femenino ☐ Masculino ☐	**23. Fecha de nacimiento**

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			Femenino	Masculino	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad					32. Datos de residencia				33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Tipo			Condición		Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	
			F	N	M	T	P		Urbana	Rural			
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVILES SAS	NIT	900405131	01

39.Ubicación				
DG 48 13B 19 ESTE (Dirección)	3713524 (Teleéfono)	AFILIACIONESJJ@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

849

No de Radicacion
4007125362

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2[0][9][2][2][1]

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46.☒ Declaración de dependencia ecoodmica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49.☒ Declaración de no información del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51.☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 52.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

850

ARL | sura

Medellín, 20 de septiembre de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde *las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JACARD OBRAS DE* INGENIERIA CIVIL S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 OBRA		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C71906395	RESTREPO MAURICIO REINEL MAURICIO	21/09/2021		211154A2	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/09/2021 07:31:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.59.91, 198.143.41.4, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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:

REINEL MAURICIO RESTREPO VILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **71.906.395,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Septiembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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


1.033.716.400
MORENO TIRDA
RICARDO ANDRES


FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1990
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
28-ENE-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Nit. 900.146264-9 Codigo del Prestador S.O.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S FECHA: 04/08/2021 07:26:01

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RICARDO ANDRES MORENO TIRIA C.C 1033718480

EDAD 31 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	✓	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ✓
Visiometría	✓	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	✓		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	✓
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El ausorito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el dia de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ✓
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	✓
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	✓

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS / USO DE EPP/DISTANCIACION DE PAUSAS ACTIVAS
NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2) NO
PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGUN CIRCULAR
DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FMG





854



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 77.182.444
MARTINEZ CAMARGO
APELLIDOS
ALFONSO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1974
GUAMAL
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
29-JUL-1993 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ÍNDICE DERECHO
R-2104000-00898971-M-0077182444-20170421 9999702004

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE SAS**, identificada con **NI** número **900311811**, aportó por el empleado **ALFONSO MARTINEZ CAMARGO** identificado(a) con **CC** número **77182444** quien se encuentra registrado (a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2021 y 08 - 2021 de la siguiente forma.

ADMINISTRADORA	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION VOLUNTARIA	FSP - FONDO SOLIDARIDAD	FSP - SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1	0	30	$1,228,546	0.16000	$196,500	$0	$0	Julio - 2021	52360662	03/08/2021	SI
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	0	30	$1,228,546	0.04000	$49,200	$0	$0	Julio - 2021	52360662	03/08/2021	SI
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	0	30	$1,228,546	0.06960	$85,500	$0	$0	Julio - 2021	52360662	03/08/2021	SI
EPS002	Salud Total EPS	1	0	30	$1,228,546	0.04000	$49,200	$0	$0	Agosto - 2021	52360662	03/08/2021	SI

El Presente certificado se expide a los 31 días del mes Agosto de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

856 1



CERTIFICADO DE EXAMEN PERIODICO

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.062.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202107457

Se certifica que al señor(a):	ALFONSO MARTINEZ CAMARGO
Identificado(a) con documento:	CC 77182444
Se le practicaron los exámenes:	AUDIOMETRIA ESPIROMETRIA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL GLICEMIA OPTOMETRIA VERTIGO - ALTURAS
Tipo de exámen:	PERIODICO - ENFASIS EN ALTURAS
Empresa:	LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S.A.S
Cargo:	INSTALADOR
Fecha:	06/05/2021

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Restricciones:

NO

Recomendaciones laborales:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS, APTO PARA EL CARGO QUE DESEMPEÑA
REALIZAR CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CONTINUO PARA TRABAJOS EN ALTURAS. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD REQUERIDOS PARA LABORAR EN ALTURAS. PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. USO DE TÉCNICAS ADECUADAS PARA EL MANEJO DE CARGAS MANUALES.
CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD AVALADO POR MINSALUD MINTRABAJO: RESOLUCIÓN 00666 DE 2020. CAPACITACIÓN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DENTRO DEL SGSST DE LA EMPRESA

Recomendaciones generales:

USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA VISIÓN PRÓXIMA. PRACTICAR DEPORTE. CONTROL MÉDICO PERIÓDICO PREVENTIVO EPS. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
NOTA: ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SINTOMAS SIGNOS NI COMORBILIDAD ASOCIADOS A COVID19 (DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 08 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD).

MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 6377/11

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT 830.062968 - 6

851

Gladys Mendivelso Vega
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 5377/11

DRA. GLADYS MENDIVELSO VEGA
MEDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA: 5377 DE 2011

ALFONSO MARTINEZ CAMARGO
CC 77182444

Certifico, que los datos aportados por mí en la presente historia clínica son veridicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

Gladys Mendivelso Vega
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 5377/11

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S.
NIT 830.062965 - 6

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S.
NIT 830.062965 - 6

Gladys Mendivelso Vega
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 5377/11

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S.
NIT 830.062965 - 6

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S.
NIT 830.062965 - 6

Gladys Mendivelso Vega
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 5377/11

858

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.075.666.768

CASTRO CHAPARRO

APELLIDOS

BRAYAN STIVEN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1992

FLORIDABLANCA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

01-JUL-2010 ZIPAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALLEGO VACHA

P-1534000-00966559-M-1075666768-20180104 0059057489A 1 9902662543

Aliados
Salud Ocupacional



CERTIFICADO DE EXAMEN PERIODICO

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.908-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
20201718

Se certifica que el señor(a)	BRAYAN STIVEN CASTRO CHAPARRO
Identificado(a) con documento:	CC 1075666768
Se le practicaron los exámenes:	AUDIOMETRIA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL GLICEMIA OPTOMETRIA VERTIGO - ALTURAS
Tipo de exámen.	PERIODICO - ENFASIS EN ALTURAS
Empresa	LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S.A.S
Cargo	LIDER DE MANTENIMIENTO
Fecha:	30/11/2020

Los exámenes arrojaron como resultado: APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Restricciones

NO

Recomendaciones laborales:

CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL. PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HIGIENE VISUAL, USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE PARA VISION LEJANA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CAPACITACION Y MANEJO DE CARGAS.
APTO PARA CONTINUAR LABORANDO EN SU CARGO.
CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA AVALADO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL: RESOLUCION 000000 DE 2020.
CAPACITACION PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DENTRO DEL SGSST DE LA EMPRESA.

Recomendaciones generales:

CONTROL MEDICO PREVENTIVO EN SU EPS, LLEVAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE. NUTRICION, DIETA Y EJERCICIO.
ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SIGNOS, SINTOMAS NI COMORBILIDAD ASOCIADOS A COVID 19 DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD.

JORGE E. GOMEZ T.
Medico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O. 7344 /2013 S.S.
UNIV. EL BOSQUE

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT: 830 [illegible]

JORGE ENRIQUE GOMEZ TABARES
LSO 7344 / 2013

JORGE E. GOMEZ T.
Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S O. 7344 /2013 S.S.
UNIV. EL BOSQUE

BRAYAN STIVEN CASTRO CHAPARRO
CC 1075666768

Certifico que he dado aplicación [illegible] de la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud. Me hago responsable de la misma condición. Los riesgos, otros riesgos, así mismo he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he recibido el resultado para dudas a los recomendaciones.

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT: 830.082368 - 6

JORGE E. GOMEZ T.
Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S O. 7344 /2013 S.S.
UNIV. EL BOSQUE

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT: 830.082368 - 6

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT: 830.082368 - 6

JORGE E. GOMEZ T.
Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S O. 7344 /2013 S.S.
UNIV. EL BOSQUE

JORGE E. GOMEZ T.
Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S O. 7344 /2013 S.S.
UNIV. EL BOSQUE

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT: 830.082368 - 6

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE SAS**, identificada con **NI** número **900311811**, aportó por el empleado **BRAYAN STIVEN CASTRO CHAPARRO** identificado(a) con **CC** número **1075666768** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2021 y 08 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INGT	RETT	TDEE	TDAP	TAPP	VSPP	VSTT	SLNT	IGE	LMA	VAC	AVPT	VCT	VRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1							X						0			26	$1,330,978	0.04000	$53,300	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1									X				0			4	$201,140	0.04000	$8,100	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
230301	Porvenir	1							X						0			26	$1,330,978	0.16000	$213,000	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
230301	Porvenir	1									X				0			4	$201,140	0.16000	$32,200	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1							X						0			26	$1,330,978	0.06960	$92,700	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1									X				0			4	$201,140	0.00000	$0	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
EPS005	Sanitas EPS	1							X						0			26	$1,330,978	0.04000	$53,300	$0	$0	Agosto - 2021	52350662	03/08/2021	Si
EPS005	Sanitas EPS	1									X				0			4	$201,140	0.04000	$8,100	$0	$0	Agosto - 2021	52350662	03/08/2021	Si

El presente certificado se expide a los **31** días del mes **Agosto** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

862 1

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.085.172.175**

PEREZ FLORIAN
APELLIDOS

DANIEL EDUARDO
NOMBRES



FIRMA

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ENE-1989**

GUAMAL
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-OCT-2008 GUAMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2104000-00673157-M-1085172175-20150226 0043306818A 1 42928705

Escaneado con CamScanner

98

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): DANIEL EDUARDO PEREZ FLORIAN identificado con Cédula Ciudadanía No. 1085172175, de la empresa LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE SAS está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 31/08/2021 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101018323222.

Dada en Bogotá, a los 30 días del mes de agosto de 2021

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9007952704

No. de radicación: 22273893

Fecha de radicación: 30 08 2021

DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de tramite: B. Registro de novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Cotizante X
3. Régimen: B. Subsidiado X
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante X
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente X

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres							
	PEREZ	FLORIAN	DANIEL	EDUARDO			
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo		10. Fecha de nacimiento			
CC	1085172175	Femenino	Masculino X	25	01	1989	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de pensiones: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

17. Ingreso base de cotización: $1.093.546 | 18. Residencia: Zona Urbana / Rural

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

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo: Femenino / Masculino | 23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Departamento	Zona: Urbana / Rural	Teléfono fijo o celular	33. Valor de la UPC (si afiliado adicional) (a registrar por la EPS)
31																
32																
33																
34																
35																

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
1		
2		
3		
4		
5		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	39. Municipio	40. Departamento
LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S	NT	900311811		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

41. Dirección: CR 53 106 66 AP 701 | 42. Teléfono: 6196647

B. REPORTE DE NOVEDADES

43. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación | 2. Corrección de datos básicos de identificación | 3. Actualización de documento de identidad | 4. Actualización y corrección de datos complementarios | 5. Terminación de la inscripción en la EPS | Código | 6. Novedades en la EPS | 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 9. Inicio de relación laboral / cualquiera de las condiciones para cotizar X | 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | 13. Traslado: A. Mismo Régimen | B. Diferente Régimen X | 14. Traslado: A. Mismo Régimen | B. Diferente Régimen | 15. Reporte de fallecimiento | 16. Reporte de traslado de protección al desempleo | 17. Reporte de la calidad de Pensionado | 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

44. Datos básicos de identificación											
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento			45. Fecha de novedad					
46. EPS anterior		47. Motivo de traslado: Código	48. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			30	08	2021			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código de municipio	Código de departamento	67. Datos del BDUA: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

Cambio Empleo

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

INTERNET

865

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 31 de Agosto de 2,021

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1085172175
Nombre	: DANIEL EDUARDO PEREZ FLORIAN
Empresa/Contratante	: LOGISTICA Y DISTRIBUCION ON LINE SAS
Idenficación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 900311811
Fecha de Afiliación a CCF	: 2021/08/31
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2021/08/31
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14 IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

866

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DANIEL EDUARDO PEREZ FLORIAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.172.175,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 30 de Agosto del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Aliados Salud Ocupacional



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202114164

Se certifica que al señor(a): **DANIEL EDUARDO PEREZ FLORIAN**

Identificado(a) con documento: **CC 1085172175**

Se le practicaron los exámenes: **AUDIOMETRIA**
ESPIROMETRIA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
GLICEMIA
OPTOMETRIA
VERTIGO - ALTURAS

Tipo de exámen: **PREOCUPACIONAL- ÉNFASIS EN ALTURAS**

Empresa: **LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S.A.S**

Cargo: **AYUDANTE DE OBRA CIVIL**

Fecha: **30/08/2021**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Restricciones:

NO

Recomendaciones laborales:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS, APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR
REALIZAR CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CONTINUO PARA TRABAJOS EN ALTURAS. ADECUADO USO DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD REQUERIDOS PARA LABORAR EN ALTURAS. PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. USO DE TÉCNICAS ADECUADAS PARA EL MANEJO DE CARGAS MANUALES.
CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD AVALADO POR MINSALUD MINTRABAJO: RESOLUCIÓN 00666 DE 2020. CAPACITACIÓN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DENTRO DEL SGSST DE LA EMPRESA

Recomendaciones generales:

PERDIDA PROGRAMADA Y CONTROLADA DE PESO. MANEJO MÉDICO Y NUTRICIÓN EPS. DIETA Y DEPORTE. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES. CONTROL ESTRICTO DE PESO.
NOTA: ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SINTOMAS NI SIGNOS ASOCIADOS A COVID19 (DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 08 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y CIRCULAR CONJUNTA 001 DEL 11 DE ABRIL DE 2020 INCISOS 2.22 Y 10.1.5). PRESENTA COMORBILIDAD

GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 10428/21

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.082.968 - 6

868

ESTABLE ASOCIADA A RIESGO METABÓLICO.

DRA. GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 10428/21

DRA. GLADYS MENDIVELSO VEGA
MEDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA: 10428 DE 2021

DANIEL EDUARDO PEREZ FLORIAN
CC 1085172175

Certifico, que los datos aportados por mí en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 10428/21

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT.: 830.062068 - 6

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.062068 - 6

GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 10428/21

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.062068 - 6

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.062068 - 6

GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 10428/21

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.022.924.741
NUMERO

ORTIZ HERNANDEZ
APELLIDOS

CESAR AUGUSTO
NOMBRES

CESAR AUGUSTO ORTIZ
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1986
NOCAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.84 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-MAY-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

Aliados Salud Ocupacional



CERTIFICADO DE EXAMEN PERIODICO

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015

Se certifica que al señor(a): **CESAR AUGUSTO ORTIZ HERNANDEZ**

Identificado(a) con documento: **CC 1022924741**

Se le practicaron los exámenes: **AUDIOMETRIA**
ESPIROMETRIA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
GLICEMIA
OPTOMETRIA
VERTIGO - ALTURAS

Tipo de exámen: **PERIODICO - ENFASIS EN ALTURAS**

Empresa: **LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S.A.S**

Cargo: **INSTALADOR DE PARQUES INFANTILES**

Fecha: **27/04/2021**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO PARA EL CARGO**

Restricciones:
NO

Recomendaciones laborales:
USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS. HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS. MANEJO ADECUADO DE CARGAS.

-CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA ¡RESOLUCIÒN 000666 DEL 24 DE ABRIL DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

Recomendaciones generales:
REALIZAR CONTROL MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ANUAL O, ACORDE AL PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.

•ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SIGNOS, SÌNTOMAS NI COMORBILIDAD ASOCIADA A COVID-19 DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S NIT.: 830.082968 - 6

Dr. Pablo Pena S.
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.

Calle 80 No. 19-56 Tels. 6230213 - 5302837 - 6918599

-REALIZAR: LAVADO PERMANENTE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN. USO PERMANENTE DE TAPABOCAS. ETIQUETA RESPIRATORIA. DISTANCIAMIENTO SOCIAL. CONTROL DIARIO DE CONDICIÓN DE SALUD, REPORTAR EN FORMA OPORTUNA SINTOMATOLOGIA RELACIONADA A FACTOR DE RIESGO POR COVID-19.

Pedro Pablo Pérez S.
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.

PEDRO PABLO PEREZ SUAREZ
MEDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA :3804 DE 2018

CESAR AUGUSTO ORTIZ HERNANDEZ
CC 1022924741

Certifico, que los datos aportados por mí en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

Pedro Pablo Pérez S.
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.082968 - 6

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.082968 - 6

Pedro Pablo Pérez S.
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.082968 -

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE SAS**, identificada con **NI** número **900311811**, aportó por el empleado **CESAR AUGUSTO ORTIZ HERNANDEZ** identificado(a) con **CC** número **1022924741** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2021 y 08 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I N E	R E T	T D A	T D P	T A P	V S P	V S T	S L N	I G E	L M A	A V P	V C T	I R P	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1							X					0			11	$522,132	0.04000	$20,900	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1										X		0			19	$778,080	0.04000	$31,200	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
EPS008	Compensar EPS	1							X					0			11	$522,132	0.04000	$20,900	$0	$0	Agosto - 2021	52350662	03/08/2021	Si
EPS008	Compensar EPS	1										X		0			19	$778,080	0.04000	$31,200	$0	$0	Agosto - 2021	52350662	03/08/2021	Si
14-01	Porvenir	1							X					0			11	$522,132	0.16000	$83,600	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
14-01	Porvenir	1										X		0			19	$778,080	0.16000	$124,500	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1							X					0			11	$522,132	0.06950	$36,400	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1										X		0			19	$778,080	0.00000	$0	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si

El presente certificado se expide a los **31** días del mes **Agosto** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

873

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.422.200
GRISALES RETAVISCA

APELLIDOS
DAVID FERNANDO

NOMBRES
David f. Grisales R.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

06-JUN-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00454632-M-1012422200-20130810 0034324324A 1 40077254

Aliados
Salud Ocupacional



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
282107813

Se certifica que al señor(a):	**DAVID FERNANDO GRISALES RETAVISCA**
Identificado(a) con documento:	**CC 1012422200**
Se le practicaron los exámenes:	**AUDIOMETRIA** **ESPIROMETRIA** **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** **GLICEMIA** **OPTOMETRIA** **VERTIGO - ALTURAS**
Tipo de exámen:	**PREOCUPACIONAL- ÉNFASIS EN ALTURAS**
Empresa:	**LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S.A.S**
Cargo:	**INSTALADOR DE JUEGOS INFANTILES**
Fecha:	**13/05/2021**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Restricciones:

NO

Recomendaciones laborales:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS, APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR
REALIZAR CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CONTINUO PARA TRABAJOS EN ALTURAS. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD REQUERIDOS PARA LABORAR EN ALTURAS. PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. USO DE TÉCNICAS ADECUADAS PARA EL MANEJO DE CARGAS MANUALES.
CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD AVALADO POR MINSALUD MINTRABAJO: RESOLUCIÓN 00666 DE 2020. CAPACITACIÓN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DENTRO DEL SGSST DE LA EMPRESA

Recomendaciones generales:

CONTINUAR DEPORTE. CONTROL MÉDICO PERIÓDICO PREVENTIVO EPS. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
NOTA: ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SINTOMAS SIGNOS NI COMORBILIDAD ASOCIADOS A COVID19 (DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 08 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD).

Yadys Mendoza Vega
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
Nit 830 0829 - 6

Calle 80 No. 19-56 Tels. 6230213 - 5302837 - 6918599

815

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE SAS**, identificada con **NI** número **900311811**, aportó por el empleado **DAVID FERNANDO GRISALES RETAVISCA** identificado(a) con **CC** número **1012422200** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 08 - 2021 y 09 - 2021 de la siguiente forma.

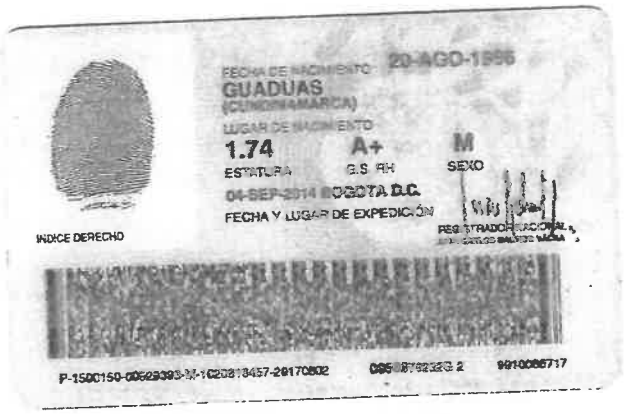
CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fiiar	1															0		30	$1,228,546	0.04000	$49,200	$0	$0	Agosto - 2021	52972419	01/09/2021	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,228,546	0.16000	$196,600	$0	$0	Agosto - 2021	52972419	01/09/2021	Si
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,228,546	0.06960	$85,600	$0	$0	Agosto - 2021	52972419	01/09/2021	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$1,228,546	0.04000	$49,200	$0	$0	Septiembre - 2021	52972419	01/09/2021	Si

El presente certificado se expide a los **2** días del mes **Septiembre** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

876


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.020.819.457
TRIANA RODRIGUEZ
DUVAN YADIR
Duvan Y. Triana R.


FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1996
GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
A+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
04-SEP-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
2021/0014

Se certifica que al señor(a):	**DUVAN YADIR TRIANA RODRIGUEZ**
Identificado(a) con documento:	**CC 1020818457**
Se le practicaron los exámenes:	**AUDIOMETRIA** **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** **GLICEMIA** **OPTOMETRIA** **VERTIGO - ALTURAS**
Tipo de exámen:	**PREOCUPACIONAL- ÉNFASIS EN ALTURAS**
Empresa:	**LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S.A.S**
Cargo:	**INSTALADOR PARQUES INFANTILES**
Fecha:	**12/11/2020**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Restricciones:

NO

Recomendaciones laborales:

CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL. PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HIGIENE VISUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CAPACITACION Y MANEJO DE CARGAS.APTO PARA EL CARGO Y PARA TRABAJO EN ALTURAS.
CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA AVALADO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL: RESOLUCION 000666 DE 2020.
CAPACITACION PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DENTRO DEL SGSST DE LA EMPRESA.

Recomendaciones generales:

CONTROL MEDICO PREVENTIVO EN SU EPS, LLEVAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE. NUTRICION, DIETA Y EJERCICIO.
ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SIGNOS, SINTOMAS NI MORBILIDAD ASOCIADOS A COVID 19 DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD.

JORGE E. GOMEZ T.
Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O. 7344 /2013 S.S.
UNIV. EL BOSQUE

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

878

JORGE E. GOMEZ T.
Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O. 7344 /2013 S.S.
UNIV. EL BOSQUE

JORGE ENRIQUE GOMEZ TABARES
LSO 7344 / 2013

DUVAN YADIR TRIANA RODRIGUEZ
CC 1020818457

Certifico, que los datos aportados por mi en la presente historia clinica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales, así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

JORGE E. GOMEZ T.
Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O. 7344 /2013 S.S.
UNIV. EL BOSQUE

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT 830.042969 - 8

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT 830.042969 - 8

RGE E. GOMEZ T
Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O. 7344 /2013 S.S.
UNIV. EL BOSQUE

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT 830.042969 - 8

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT 830.042969 - 8

Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O. 7344 /2013 S.S.
UNIV. EL BOSQUE

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE SAS**, identificada con **NI** número **900311811**, aportó por el empleado **DUVAN YADIR TRIANA RODRIGUEZ** identificado(a) con **CC** número **1020818457** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2021 y 08 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fiar	1								X							0		30	$1,221,126	0.04000	$48,900	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1								X							0		30	$1,221,126	0.06950	$85,000	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
230201	Proteccion (FVG + Proteccion)	1								X							0		30	$1,221,126	0.16000	$195,400	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
EPS002	Salud Total EPS	1								X							0		30	$1,221,126	0.04000	$48,900	$0	$0	Agosto - 2021	52350662	03/08/2021	Si

El presente certificado se expide a los **31** días del mes **Agosto** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

880

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.164.668
RUIDIAZ FLORIAN

APELLIDOS
JORGE ANDRES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1989
GUAMAL
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 AB+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-JUL-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00088101-M-1085164668-20061004 0004015036A 1 28648449

831

Aliados
Salud Ocupacional



CERTIFICADO DE EXAMEN PERIODICO

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202114282

Se certifica que al señor(a):	**JORGE ANDRES RUIDIAZ FLORIAN**
Identificado(a) con documento:	**CC 1085164668**
Se le practicaron los exámenes:	**AUDIOMETRIA** **ESPIROMETRIA** **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** **GLICEMIA** **OPTOMETRIA** **VERTIGO - ALTURAS**
Tipo de exámen:	**PERIODICO - ENFASIS OSTEOMUSCULAR**
Empresa:	**LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S.A.S**
Cargo:	**INSTALADOR DE PARQUES INFANTILES**
Fecha:	**01/09/2021**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Restricciones:

NO

Recomendaciones laborales:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS, APTO PARA EL CARGO QUE DESEMPEÑA
REALIZAR CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CONTINUO PARA TRABAJOS EN ALTURAS. ADECUADO USO DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD REQUERIDOS PARA LABORAR EN ALTURAS. PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. USO DE TÉCNICAS ADECUADAS PARA EL MANEJO DE CARGAS MANUALES.
CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD AVALADO POR MINSALUD MINTRABAJO: RESOLUCIÓN 00666 DE 2020. CAPACITACIÓN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DENTRO DEL SGSST DE LA EMPRESA

Recomendaciones generales:

CONTINUAR DEPORTE. CONTROL MÉDICO PERIÓDICO PREVENTIVO EPS. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
NOTA: ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SINTOMAS SIGNOS NI COMORBILIDAD ASOCIADOS A COVID19 (DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 08 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD).

GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 10428/21

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.082.968 - 6

DRA. GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 10428/21

DRA. GLADYS MENDIVELSO VEGA
MEDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA: 10428 DE 2021

JORGE ANDRES RUIDIAZ FLORIAN
CC 1085164668

Certifico, que los datos aportados por mi en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT: 830.065368 - 6

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT: 830.065368 - 6

GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 10428/21

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT: 830.065368 - 6

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT: 830.065368 - 6

GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 10428/21

compensar | miplanilla.com

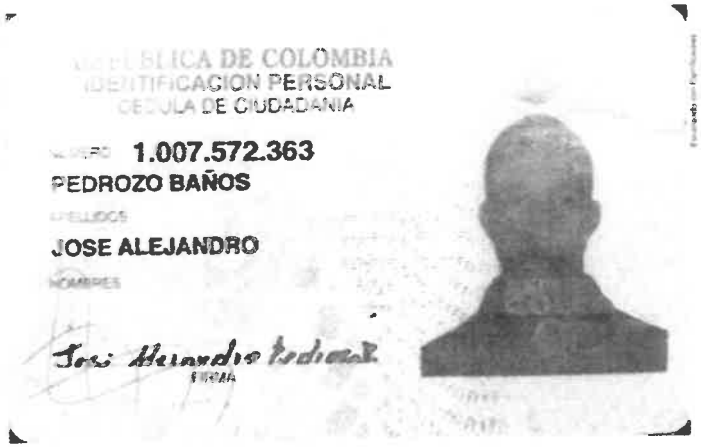
CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE SAS**, identificada con **NI** número **900311811**, aportó por el empleado **JORGE ANDRES RUIDIAZ FLORIAN** identificado(a) con **CC** número **1085164668** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 08 - 2021 y 09 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1								X							0		30	$1,709,417	0.04000	$68,400	$0	$0	Agosto - 2021	52972419	01/09/2021	Si
EPS008	Compensar EPS	1			-					X							0		30	$1,709,417	0.04000	$68,400	$0	$0	Septiembre - 2021	52972419	01/09/2021	Si
230301	Porvenir	1								X							0		30	$1,709,417	0.16000	$273,600	$0	$0	Agosto - 2021	52972419	01/09/2021	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1								X							0		30	$1,709,417	0.06960	$119,000	$0	$0	Agosto - 2021	52972419	01/09/2021	Si

El presente certificado se expide a los **13** días del mes **Septiembre** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.572.363
PEDROZO BAÑOS
APELLIDOS
JOSE ALEJANDRO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1997
GUAMAL
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 A+ M
ESTATURA G.S RH SEXO
03-AGO-2015 GUAMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

0000530934A 1 252150123

Aliados
Salud Ocupacional



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202114245

Se certifica que al señor(a):	**JOSE ALEJANDRO PEDROZO BAÑOS**
Identificado(a) con documento:	**CC 1007572363**
Se le practicaron los exámenes:	**AUDIOMETRIA** **ESPIROMETRIA** **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** **GLICEMIA** **OPTOMETRIA** **VERTIGO - ALTURAS**
Tipo de exámen:	**PREOCUPACIONAL- ÉNFASIS EN ALTURAS**
Empresa:	**LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S.A.S**
Cargo:	**AYUDANTE DE OBRA CIVIL**
Fecha:	**01/09/2021**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Restricciones:

_EVITAR MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS MAYOR O IGUAL 15 KILOS DE MANERA CONTINUA - ENTRENAMIENTO MANIPULACIÓN MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS - INGRESO AL SVE OSTEOMUSULAR DE LA EMPRESA

Recomendaciones laborales:

HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA – EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS) – USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

EXAMEN MÉDICO REALIZADO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y ALTURAS

- **APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS**
- **CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA AVALADO POR LA SECRETARIA DE SALUD : RESOLUCIÓN 000666 DE 2020 - CAPACITACIÓN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DENTRO DEL SG_SST DE LA EMPRESA**

_SEGUIMIENTO A USO ADECUADO DE TAPABOCAS CON AJUSTE NASAL (TIPO QUIRURGICO)

*** SE RECOMIENDA REALIZAR EXAMEN PERIODICO DE SALUD OCUPACIONAL SEGÚN PROGRAMACIÓN Y PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA**

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S. NIT.: 830.082968 - 6

Dr. Carlos Arturo Martínez Gifunni
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
R.M. 79.143.545 - Lic. 4299 de 2020

805

Recomendaciones generales:

TRABAJADOR:

ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR 3 – 5 VECES POR SEMANA: CAMINATA BUEN PASO, TROTE / CARRERA, CICLISMO CONTROL ANUAL OPTOMETRIA EPS
- USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO USO INDICADO – LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS CON AGUA Y JABÓN MÍNIMO 20 A 30 SEGUNDOS – CUMPLIMIENTO DE LAS DEMAS DISPOSICIONES DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA

- ACTUALMENTE NO REFIERE NO PRESENTA SÍNTOMAS Y SIGNOS DE COMORBILIDAD ASOCIADOS A COVID 19 (DE ACUERDO CON LA CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL)

Carlos A. Martinez Giffun:
Medico Especialista – S.O
R.M. 79143545
Lic. 7296 de 18/07/2010

DR. CARLOS ARTURO MARTINEZ GIFFONI
MEDICO - ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA: 4299 DE 2020

Jose Alejandro pedrozo

JOSE ALEJANDRO PEDROZO BAÑOS
CC 1007572363

Certifico, que los datos aportados por mí en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

ALIADOC SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.086368 – 6

ALIADOC SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT.: 830.086368 – 6

Dr. Carlos Arturo Martinez Gifunni
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
R.M. 79.143.545 - Lic. 4299 de 2020

Dr. Carlos Arturo Martinez Gifunni
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
R.M. 79.143.545 - Lic. 4299 de 2020

ALIADOC SALUD OCUPACIONAL S.A.S

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007050388	0|2|0|9|2|0|2|1

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. Colectiva ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PEDROZO (Primer apellido)	BAÑOS (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	ALEJANDRO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1007572363	Femenino ☐ Masculino ☒	17|0|7|1|9|9|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M	Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR PPC	1093546

18.Residencia			
CR 41 NO 80B 94 (Dirección)	Telefono fijo	3133918334 (Telefono celular)	JOSEALEJANDROPEDROZOBANOS@HOTMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo** Femenino ☐ Masculino ☐	**23. Fecha de nacimiento**

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

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

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

Datos complementarios

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

Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C	VS VENECIA - VS VENECIA	VSVENECI - VSVENECI
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documemto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S A S	NIT	900311811	01

39.Ubicación				
CR 55 74 36 (Dirección)	3827182 (Teléfono)	XGARZON@LYDONLINE.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

33

No de Radicacion
4007050388

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		02/09/2021

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

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

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

☐ Declaración de no información del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Salud .

☐ 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.

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

52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
José Pedroza	

IX.ANEXOS

☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validacion Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	71.Firma del funcionario

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad

Observaciones

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

8 B.S

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): JOSE ALEJANDRO PEDROZO BAÑOS identificado con Cédula Ciudadanía No. 1007572363, de la empresa LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE SAS está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 02/09/2021 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 2021010199982.

Dada en Bogotá, a los 1 días del mes de septiembre de 2021

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE ALEJANDRO PEDROZO BAÑOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.572.363**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Septiembre del 2021.

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.

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 2 de Septiembre de 2,021

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1007572363
Nombre	: JOSE ALEJANDRO PEDROZO
Empresa/Contratante	: LOGISTICA Y DISTRIBUCION ON LINE SAS
Idenficación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 900311811
Fecha de Afiliación a CCF	: 2021/09/02
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2021/09/02
Estado	: Afiliado
Categoría	: B

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14 IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

891

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 85.168.824

YEPES FLORIAN
APELLIDOS

NELSON
NOMBRES

Nelson Yepes Florian
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1981

GUAMAL
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | AB+ G.S. RH | M SEXO

06-FEB-2003 GUAMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-2104000-5T118082-M-0085168824-20030822 00292 03234H 02 124069293



CERTIFICADO DE EXAMEN PERIODICO

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202114511

Se certifica que al señor(a):	**NELSON YEPES FLORIAN**
Identificado(a) con documento:	**CC 85168824**
Se le practicaron los exámenes:	**AUDIOMETRIA** **ESPIROMETRIA** **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** **GLICEMIA** **OPTOMETRIA** **VERTIGO - ALTURAS**
Tipo de exámen:	**PERIODICO - ENFASIS EN ALTURAS**
Empresa:	**LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S.A.S**
Cargo:	**INSTALADOR DE PARQUES INFANTILES**
Fecha:	**04/09/2021**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Restricciones:

NINGUNA

Recomendaciones laborales:

HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA – EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS) – USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL – USO DE GAFAS CON FILTRO UV (SOL)

EXAMEN MÉDICO REALIZADO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y ALTURAS

- **PUEDE CONTINUAR LABORANDO EN EL CARGO. - APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS**
- **CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA AVALADO POR LA SECRETARIA DE SALUD : RESOLUCIÓN 000666 DE 2020 - CAPACITACIÓN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DENTRO DEL SG_SST DE LA EMPRESA**

_SEGUIMIENTO A USO ADECUADO DE TAPABOCAS CON AJUSTE NASAL (TIPO QUIRURGICO)

*** SE RECOMIENDA REALIZAR EXAMEN PERIODICO DE SALUD OCUPACIONAL SEGÚN PROGRAMACIÓN Y PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA**

Dr. Carlos Arturo Martínez Giffuni
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
R.M. 79.143.545 - Lic. 4299 de 2020

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A

Recomendaciones generales:

TRABAJADOR:

ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR 3 – 5 VECES POR SEMANA: CAMINATA BUEN PASO, TROTE / CARRERA, CICLISMO CONTROL ANUAL OPTOMETRIA EPS
- USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO USO INDICADO – LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS CON AGUA Y JABÓN MÍNIMO 20 A 30 SEGUNDOS – CUMPLIMIENTO DE LAS DEMAS DISPOSICIONES DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA

- ACTUALMENTE NO REFIERE NO PRESENTA SÍNTOMAS Y SIGNOS DE COMORBILIDAD ASOCIADOS A COVID 19 (DE ACUERDO CON LA CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL)

DIETA BAJA EN GRASAS SATURADAS, HARINAS Y AZUCARES SIMPLES PARA EL CONTROL DEL PESO CORPORAL - BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS

Carlos A. Martinez Giffun.
Medico Especialista – S.O
R.M. 79143545
Lic. 7296 de 1807/2010

DR. CARLOS ARTURO MARTINEZ GIFFUN
MEDICO - ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA: 4299 DE 2020

Nelson Yepes F

NELSON YEPES FLORIAN
CC 85168824

Certifico, que los datos aportados por mi en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S NIT. 830.082368 - 6

Dr. Carlos Arturo Martínez Gifunni
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
R.M. 79.143.545 - Lic. 4299 de 2020

Dr. Carlos Arturo Martínez Gifunni
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
R.M. 79.143.545 - Lic. 4299 de 2020

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S NIT.: 830.082368 - 6

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE SAS**, identificada con **NI** número **900311811**, aportó por el empleado **NELSON YEPES FLORIAN** identificado(a) con **CC** número **85168824** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2021 y 08 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	1								X						0			15	$793,558	0.04000	$31,800	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	1										X				0			3	$150,855	0.04000	$6,100	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	1												X		0			12	$317,423	0.04000	$12,700	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
EPS008	Compensar EPS	1								X						0			15	$793,558	0.04000	$31,800	$0	$0	Agosto - 2021	52350662	03/08/2021	Si
EPS008	Compensar EPS	1										X				0			3	$150,855	0.04000	$6,100	$0	$0	Agosto - 2021	52350662	03/08/2021	Si
EPS008	Compensar EPS	1												X		0			12	$603,419	0.04000	$24,200	$0	$0	Agosto - 2021	52350662	03/08/2021	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1								X						0			15	$793,558	0.06960	$55,300	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1										X				0			3	$150,855	0.00000	$0	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1												X		0			12	$603,419	0.00000	$0	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1								X						0			15	$793,558	0.16000	$127,000	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1										X				0			3	$150,855	0.16000	$24,200	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1												X		0			12	$603,419	0.16000	$96,600	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si

El presente certificado se expide a los **31** días del mes **Agosto** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

895

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.424.226
CANO BUITRAGO

APELLIDOS
NICOLAS

NOMBRES
Nicolas Cano Buitrago

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-AGO-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00491579-M-1012424226-20131008 0035361107A 2 40159313



CERTIFICADO DE EXAMEN PERIODICO

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202162180

Se certifica que al señor(a):	**NICOLAS CANO BUITRAGO**
Identificado(a) con documento:	**CC 1012424226**
Se le practicaron los exámenes:	**AUDIOMETRIA** **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** **GLICEMIA** **OPTOMETRIA** **VERTIGO - ALTURAS**
Tipo de exámen:	**PERIODICO - ENFASIS EN ALTURAS**
Empresa:	**LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S.A.S**
Cargo:	**INSTALADOR DE PARQUES INFANTILES**
Fecha:	**02/02/2021**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Restricciones:

NO

Recomendaciones laborales:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS, APTO PARA EL CARGO QUE DESEMPEÑA
REALIZAR CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CONTINUO PARA TRABAJOS EN ALTURAS. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD REQUERIDOS PARA LABORAR EN ALTURAS. PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. USO DE TÉCNICAS ADECUADAS PARA EL MANEJO DE CARGAS MANUALES. CONTINUAR USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.
CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD AVALADO POR MINSALUD MINTRABAJO: RESOLUCIÓN 00666 DE 2020. CAPACITACIÓN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DENTRO DEL SGSST DE LA EMPRESA

Recomendaciones generales:

***PERDER PESO CON DIETA Y DEPORTE. CONTROL MÉDICO PERIÓDICO PREVENTIVO EPS. HÁBITOS* Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES.**
NOTA: ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SINTOMAS SIGNOS NI COMORBILIDAD ASOCIADOS A COVID19 (DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 08 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD).

MEDICO ESPECIAL
EN SALUD OCUP
LIC. No. 5577

Calle 80 No. 19-56 Tels. 6230213 - 5302837 - 6918599

OCUPACIONAL S.A
NIT. 830.082.968 -

897

Gladys Mendivelso V.
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 5377 / 11

GLADYS MENDIVELSO VEGA
LSO 5377 / 2011

Nicolas Cano

NICOLAS CANO BUITRAGO
CC 1012424226

Certifico que los datos aportados por mi en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud. me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S
NIT: 830 065568 -

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A
NIT: 830 065568 -

Gladys Mendivelso V.
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 5377 / 11

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A
NIT: 830 065568 -

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A
NIT: 830 065568 -

Gladys Mendivelso V.
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. No. 5377 / 11

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE SAS**, identificada con **NI** número **900311811**, aportó por el empleado **NICOLAS CANO BUITRAGO** identificado(a) con **CC** número **1012424226** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2021 y 08 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1						X						0			30	$1,300,211	0.16000	$208,100	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1						X						0			30	$1,300,211	0.04000	$52,100	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si
EPS008	Compensar EPS	1						X						0			30	$1,300,211	0.04000	$52,100	$0	$0	Agosto - 2021	52350662	03/08/2021	Si
4-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1						X						0			30	$1,300,211	0.06960	$90,500	$0	$0	Julio - 2021	52350662	03/08/2021	Si

El presente certificado se expide a los **31** días del mes **Agosto** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

899

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.085.176.519**

RAMOS RUIDIAZ

APELLIDOS

TEOFILO

NOMBRES

TEOFILO R

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-1993**

GUAMAL
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-DIC-2011 GUAMAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

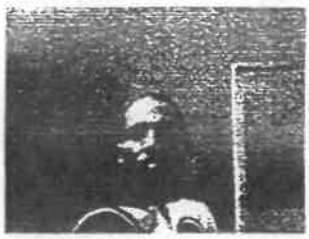
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2104000-00363573-M-1085176519-20120303 0029373726A 1 37994882

Escaneado con CamScanner

900

Aliados Salud Ocupacional



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202114098

Se certifica que al señor(a):	**TEOFILO RAMOS RUIDIAZ**
Identificado(a) con documento:	**CC 1085176519**
Se le practicaron los exámenes:	**AUDIOMETRIA** **ESPIROMETRIA** **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** **GLICEMIA** **OPTOMETRIA** **VERTIGO - ALTURAS**
Tipo de exámen:	**PREOCUPACIONAL- ÉNFASIS EN ALTURAS**
Empresa:	**LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE S.A.S**
Cargo:	**AYUDANTE DE OBRA CIVIL**
Fecha:	**30/08/2021**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Restricciones:

NINGUNA

Recomendaciones laborales:

HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA – EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS) – USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

EXAMEN MÉDICO REALIZADO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y ALTURAS

- **APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS**
- **CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA AVALADO POR LA SECRETARIA DE SALUD : RESOLUCIÓN 000666 DE 2020 - CAPACITACIÓN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DENTRO DEL SG_SST DE LA EMPRESA**

_SEGUIMIENTO A USO ADECUADO DE TAPABOCAS CON AJUSTE NASAL (TIPO QUIRURGICO)

*** SE RECOMIENDA REALIZAR EXAMEN PERIODICO DE SALUD OCUPACIONAL SEGÚN PROGRAMACIÓN Y PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA**

*** * * SEGUIMIENTO A ESQUEMA DE VACUNACION COVID_19 / 2 DOSIS * * ***

Dr. Carlos Arturo Martínez Cifuentes
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
R.M. 79.143.545 - Lic. 4299 de 2020

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S
NIT : 830.082.968 - 6

901

Recomendaciones generales:

TRABAJADOR:

ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR 3 – 5 VECES POR SEMANA: CAMINATA BUEN PASO, TROTE / CARRERA, CICLISMO CONTROL ANUAL OPTOMETRIA EPS
- USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO USO INDICADO – LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS CON AGUA Y JABÓN MÍNIMO 20 A 30 SEGUNDOS – CUMPLIMIENTO DE LAS DEMAS DISPOSICIONES DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA

- ACTUALMENTE NO REFIERE NO PRESENTA SÍNTOMAS Y SIGNOS DE COMORBILIDAD ASOCIADOS A COVID 19 (DE ACUERDO CON LA CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL)

Carlos A. Martinez Giffun:
Medico Especialista – S.O
RLM. 79143545
Lic. 7288 de 18/07/2010

DR. CARLOS ARTURO MARTINEZ GIFFUNI
MEDICO - ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA: 4299 DE 2020

TEOFILO RAMO

TEOFILO RAMOS RUIDIAZ
CC 1085176519

Certifico, que los datos aportados por mí en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S NIT.: 830.063363 - 6

Dr. Carlos Arturo Martínez Gifunni
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
R.M. 79.143.545 - Lic. 4299 de 2020

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S NIT.: 830.063363 - 6

Dr. Carlos Arturo Martínez Gifunni
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
R.M. 79.143.545 - Lic. 4299 de 2020

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S

902 1

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): TEOFILO RAMOS RUIDIAZ identificado con Cédula Ciudadanía No. 1085176519, de la empresa LOGISTICA Y DISTRIBUCION ONLINE SAS está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 31/08/2021 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101018323206.

Dada en Bogotá, a los 30 días del mes de agosto de 2021

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 06 09 2021

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)
A. AFILIACIÓN

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

4. Apellidos y nombres					
Ramos	Luidiaz	Teofilo			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1.085176519	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 19 01 1991		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
positiva	Proteccion	1.093.546

18. Residencia	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
Calle 82 - 38 Bis sur N° 44-04	9370192	3157608725	luifernandopadilla@gmail.com
Municipio/Distrito: Bogotá	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: Ciudad Bolivar	Departamento: Bogotá D.C.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres					
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A		

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

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

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

2021 SEP. 01

RADICADO SUJETO A VERIFICACIÓN

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación: NIT	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
logistica y Distribucion		900311811-6	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Calle 74 N° 53-47	9370192	Ybautista@hotmail.com	Bogota	Bogota

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Escaneado con CamScanner

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 805.008.384-7

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Ramos	Ruidiaz	Teofilo	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	1.085.176.519	Femenino [ ] Masculino [X]	10 07 1991	31 08 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Teofilo R.	

L&D PLAN DE DESCUENTOS
NIT. 900.311.811-6
Calle 74 # 53-47

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [X] [PA] [CE] [CD] [SC] Cantidad: [2] Total [2]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Escaneado con CamScanner

porvenir

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

Nº 22402379

22402379

41 3 8 8 Ciudad BOGOTA

Fecha de Solicitud de Afiliación 2 21 08 31

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial

Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir

Pensiones Obligatorias X

Traslado de AFP

Traslado de Régimen

Entidad Origen Traslado

Entidad Destino

Fondo

2. Información Básica del Afiliado

Tipo de Documento: CC TI CE PAS RC X

Nº de Documento de Identidad: 1085176519

Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 20111215

Lugar de Expedición: GUAMAL

Genero: M X F

El Pensionado Jubilado: SI NO X

Primer Apellido: RAMOS

Segundo Apellido: RUIDIAZ

Primer Nombre: TEOFILO

Otros Nombres

Fecha de Nacimiento: 19930716

Lugar de Nacimiento: GUAMAL

Nacionalidad: Colombiana X Otra ¿Cuál?

3. Información de Contacto

Dirección de Residencia: CALLE 82 BIS SUR # 44-04

Barrio

Ciudad/Municipio: BOGOTA

Departamento: BOGOTA

Nº de Teléfono Fijo

Nº de Teléfono Celular: 3187608726

Autorización de Envío de Información a través de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, solicitar y actualizar información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI X NO

Dirección de Correo Electrónico: e-mail

Dirección Laboral: Calle 74 #53-47

Ciudad: BOGOTA

Departamento: BOGOTA

Nº de Teléfono

4. Información Laboral del Empleador

Tipo de Documento: NIT X CC CE PAS TI

Nº de Documento de Identificación: 900311811

Nombre o Razón Social: LOGISTICA Y DISTRIBUCION

Ciudad: BOGOTA

Dirección Empleador: Calle 74 #53-47

Departamento: BOGOTA

Teléfono

Ocupación o Cargo Actual: AYUDANTE DE OBRA

Salario o Ingreso Mensual: $1093546

Salario Integral: SI NO X

Envío de Notificación: Sucursal Principal X Sucursal Ciudad

Tipo de Trabajador: Independiente Contratista Dependiente X Independiente Voluntario

5. Beneficiarios

Nombre y Apellidos	Genero	Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

Codigos parentesco: 01 Conyuge 02 Compañero permanente 03 Padres de hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido Los beneficiarios relacionados serán incluidos de forma igualitaria

6. Información Adicional

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO X ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO X Si es reconocido públicamente indique el cargo

Tengo derecho a bono pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. estuve afiliado a Colpensiones o a Caja o Fondo Privado y cotice 500 semanas

Tengo Derecho a Bono Pensional: SI NO X

7. Declaración de Traslado

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría y suficiente información sobre el producto ofrecido, las características, condiciones, costos, rentabilidades, riesgos inherentes a la administración de mis aportes a Fondos de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. y sobre el régimen de prima media con prestación definida administrado por Colpensiones, he decidido trasladarme de régimen pensional y/o de administrador de mis aportes pensionales. Por lo anterior, solicito a Porvenir S.A. el traslado de los aportes que tengo en el régimen de prima media con prestación definida administrado por Colpensiones, a la fecha de la presente solicitud.

Declaro bajo juramento que no estoy afiliado a ningún fondo de pensiones obligatorias administrado por Porvenir, ni he presentado solicitud de traslado a otro fondo de pensiones obligatorias que no haya sido efectuado.

Firma del Solicitante

Me encuentro en el régimen de prima media con prestación definida administrado por Colpensiones y declaro que los aportes que se trasladan a Porvenir S.A. no provienen de recursos públicos.

SI X NO

Huella

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O EMPLEADOR

8. Información del Promotor

Nombre del Promotor

No. de Identificación del Promotor

Firma del Promotor

FEB-19-F-01-AF-CR 01 V 2 0

Nº 22402379

906

porvenir

Fondo de Cesantías

Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800 144 331-3

235782593

4138 Ciudad BOGOTA Fecha de Solicitud de Afiliación 2021 08 31

Afiliación X Traslado Entidad Origen (traslado) Cesantías Valor del traslado

Tipo de Documento CC TI CE PAS RC PEP: 1 N° de Documento de Identidad 1085176519 Fecha de Expedición del Documento de Identidad 2011 12 15 Lugar de Expedición GUAMAL Genero M X F

Primer Apellido RAMOS Segundo Apellido BALDAZ Primer Nombre TEOFILO Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento 19930710 Lugar de Nacimiento GUAMAL Nacionalidad Colombiana X Otra ¿Cuál?

Dirección de Residencia CALLE 82 # 44 C4 SUR. Barrio Ciudad/Municipio BOGOTA

Departamento BOGOTA N° de Teléfono Fijo N° de Teléfono Celular 3187608728 Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos: Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos, estados de cuenta e información de interés a mi correo electrónico y a mi teléfono celular S X N

Dirección de Correo Electrónico (e-mail)

Tipo de Documento NIT X CC CE PAS TI N° de Documento de Identidad 900 311 811 Nombre y/o Razón Social LOGISTICA Y DISTRIBUCION

Ciudad BOGOTA Departamento BOGOTA Ocupación o Cargo Actual AUXILIAR DE CARGA Salario o Ingreso Mensual $

Envío de Notificación Sucursal Principal X Sucursal Ciudad Tipo de Trabajador Independiente Contratista Dependiente X Independiente Voluntario

Nombre y Apellido Tipo de Documento N° de Documento de Identidad Fecha de Nacimiento Parentesco

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO X ¿Es Reconocido Públicamente? S NO X Si es reconocido publicamente indique en cual actividad

Reglamento del Fondo de Cesantías Porvenir

El reglamento del Fondo de Cesantías Administrado por Porvenir puede ser consultado a través de la página de internet **www.porvenir.com.co.**

SI 7 NO

Firma del Titular

Declaro bajo juramento que la información correspondiente al vínculo laboral actual del trabajador es veraz y en consecuencia me declaro notificado de la presente afiliación

Firma o nombre del Empleador

Nombre y Apellido de quien Firma

Recibido de esta Solicitud de Vinculación o Traslado de Cesantías a Porvenir para que gestione el proceso de vinculación o traslado de la administradora de Cesantías en la cual me encuentro afiliado así como mi empleador o directamente a correo electrónico para que de esta manera se pueda dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 2.2.3.3.25 del Decreto 1072 de 2015 SGC de 2015

RECIBIDO NO

N° de Documento de Identidad

Huella Índice Derecho

OCT-20 F-03-AF-CR-03 V3.0

907

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 31 de Agosto de 2,021

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1085176519
Nombre	: TEOFILO RAMOS RUIDIAZ
Empresa/Contratante	: LOGISTICA Y DISTRIBUCION ON LINE SAS
Idenficación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 900311811
Fecha de Afiliación a CCF	: 2021/08/31
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2021/08/31
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14 IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

908

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.026.260.474
PINEDA BUSTOS

APELLIDOS
LUZ STELLA

NOMBRES

Luz Stella Pineda Bustos

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1988
EL PEÑON
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

20-JUN-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01132225-F-1026260474-20200217 0070104748A 1 8500320164

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-03-05	**TIPO DE EXAMEN**	PERIODICO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	LUZ STELLA PINEDA BUSTOS			Identificación CC	Nro 1026260474
Fecha de Nacimiento	1988-05-03	**Edad**	32	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/SUR				
Cargo	COORDINADORA HSEQ				
Fecha Ingreso	2021-03-05 09:17:14	**Fecha Salida**	2021-03-05 14:16:56		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
VISIOMETRIA	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	COLESTEROL TOTAL
GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS — APTO Y SIN RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS

TIPO DE RESTRICCIONES O LIMITACIONES

Dra. Marcela Gómez
MÉDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
RESOLUCIÓN 2927

YENNI MARCELA GOMEZ GUALI
RM: 1022326755
Firma y sello del médico

Luz Stella Pineda Bustos

LUZ STELLA PINEDA BUSTOS
CC 1026260474
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-09-20, 06:47:00 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1040181156 **Referencia pago(PIN)** 8861908104

Periodo Cotización 202108 **Periodo Servicio** 202109

Cliente:

PAGADA 2021-09-08

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HSEQ GOLDEN SERVICES SAS				
Documento	NI 901459422	**Dirección**	CL 63 SUR #64 - 90 INT 6 APT 217		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	9065364		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	2
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	PINEDA BUSTOS LUZ STELLA	**Identificación**	CC 1026260474		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1026260474		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					PINEDA BUSTOS LUZ STELLA	11001000 - 11	000000001	BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARL	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30				230201		16 %	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	EPS005		4 %	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	14-11	II	6.960 %	$ 1.400.000	$ 97.500	CCF24	1 %	$ 1.400.000	$ 14.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 56.000	$ 97.500	$ 14.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 391.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 86 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-09-20, 06:47:00 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1040181156 **Referencia pago(PIN)** 8861908104

Periodo Cotización 202108 **Periodo Servicio** 202109

Cliente:

PAGADA 2021-09-08

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HSEQ GOLDEN SERVICES SAS				
Documento	NI 901459422	**Dirección**	CL 63 SUR #64 - 90 INT 5 APT 217		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	9065364		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	2
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	PINEDA BUSTOS LUZ STELLA	**Identificación**	CC 1026260474		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1024544031		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					ARIAS OJEDA JENIFER XIMENA	11001000 - 11	000000001	BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo cotiz.	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARL	Días CCF				Código APF	Código Tras. APF	Tarifa APF	IBC	Total Aporte APF	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X	X													0	3	3	3	3				F	$ 1.300.000	231001		16 %	$ 130.000	$ 20.800	$ 0	$ 0	EPS010		4 %	$ 130.000	$ 5.200	$ 0	14-11	6	6,960 %	$ 130.000	$ 9.100	CCF24	4 %	$ 130.000	$ 1.300	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 20.800	$ 0	$ 0	$ 5.200	$ 9.100	$ 1.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.500.235
TORRES LOPEZ
APELLIDOS
ANGEL HUMBERTO
NOMBRES
Angel Torres Lopez
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1990
SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
06-FEB-2008 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00444868-M-1024500235-20130630 0033775096A 2 1632410298

SEGUROS BOLÍVAR

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S
Identificada con NT No. 900645765

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2801605737707, a partir del 01 de Noviembre del año 2014.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1024500235	ANGEL HUMBERTO TORRES LOPEZ	CONDUCTORES	5	6.96%	10/08/2021		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 21 de Septiembre del año 2021.

Firma Representante Legal

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Clinisur IPS 1 Ltda.
REGIMEN Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000294126

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S FECHA 22/09/2021 15:06:40

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☐ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☑

NOMBRE Y APELLIDO: ANGEL HUMBERTO TORRES LOPEZ C.C 1024500235

EDAD 31 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☐	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☑	¿Cuáles?					
Audiometría	☑						
Espirometría	☑	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRIA EPS/ USO DE LENTES PARA VISION CERCANA
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / HIGIENE POSTURAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/ USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)// NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020

915

Clinisur IPS 1 Ltda.
REGIMEN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S FECHA 22/09/2021 15:05:40

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☐ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☑

NOMBRE Y APELLIDO: ANGEL HUMBERTO TORRES LOPEZ C.C 1024500235

EDAD 31 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Angel Torres

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Dayan Mejia
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 25 - 1527 - 2011

FIRMA DEL ESPECIALISTA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGEL HUMBERTO TORRES LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.500.235**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 21 de Septiembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.320.816
RODRIGUEZ ROMERO

APELLIDOS

EULISES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1968
SOCOTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

22-DIC-1988 SOCHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00637964-M-0074320816-20141111 0040944115A 2 1363119139

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 – 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC - 74320816
Nombres:	EULISES
Apellidos:	RODRIGUEZ ROMERO
No. de carnet:	11001160940
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2019/11/01
Estado de afiliación:	ACTIVO
Régimen:	CONTRIBUTIVO
IPS:	FUNDACIÓN JAVERIANA DE SERVICIOS MEDICO ODONTOLOGICOS INTERUNIVERSITARIOS CARLOS MARQUEZ VILLEGAS-JAVESALUD
Departamento - Municipio:	BOGOTA DC - BOGOTA
Categoría:	A

OBSERVACIONES:

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

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 6 días del mes de agosto de 2021.

CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR
Subdirector Nacional De Aseguramiento

SEGUROS BOLÍVAR

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S
Identificada con NT No. 900645765

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2801605737707, a partir del 01 de Noviembre del año 2014.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	74320816	EULISES RODRIGUEZ ROMERO	OPERATIVOS	5	6.96%	19/01/2015		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 5 de Agosto del año 2021.

Firma Representante Legal

VIGILADO

SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL COLOMBIA SAS
NIT: 900343878-6

CONTACTOS
7443300 - 3153579172
sisocolombiasas@gmail.com
Transversal 9 C # 29 A - 42 Maldonado
Tunja (Boyacá)

CERTIFICADO DE APTITUD



PACIENTE: EULICES RODRIGUEZ ROMERO — **GÉNERO:** Masculino

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC — **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 74320816 — **FECHA NACIMIENTO:** 27/09/1968 — **EDAD:** 52 año(s) 26 día(s)

EMPRESA CONTRATANTE: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S.A.S — **TIPO EXAMEN:** Periódico

CARGO DESEMPEÑAR: OPERADOR DE RETRO EXCAVADORA — **JORNADA TRABAJO:** Diurno — **FECHA:** 22/10/2020

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD

1. RECOMENDACIONES GENERALES

1.1. Remisión a EPS	1.3. Completar esquema vacunación	1.5. Suspender tabaquismo	1.7. Control de peso y nutrición
1.2. Continuar manejo médico	1.4. Inicio o continuar actividad física	1.6. Reducir consumo de alcohol	1.8. Otras

X Ninguna

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

2.1. Calificación de origen	2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X 2.7. Pausas activas	X 2.9. Uso diario de bloqueador solar
2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	X 2.5. Uso de elementos de protección personal	2.8. Uso de corrección visual	2.10. Otros
2.3. Seguimiento por ARL	X 2.6. Pautas ergonómicas		

Ninguna

3. RESTRICCIONES

3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts	3.4. Trabajos en temperaturas bajas	3.7. Trabajo en espacios confinados	3.10. Cargas
3.2. Trabajo en alturas > 2.500 mts	3.5. Trabajo en temperaturas altas	3.8. Para conducción de vehículos	3.11. Viajes
3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos	3.6. Trabajos con riesgo eléctrico	3.9. Manipulación de alimentos	3.12. Otros

X No Aplica

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: ___ Ingreso _X_ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

Apto para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Requiere evaluar reubicación laboral	X Sin restricción para continuar su labor actual
Apto con restricciones temporales (ver restricciones)	Apto para trabajo eléctrico	Requiere nueva valoración	Sin diagnóstico de enfermedad laboral
Apto con restricciones permanentes (ver restricciones)	Apto para trabajo en temperaturas extremas	Satisfactorio	Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
Aplazado	Apto para trabajo en espacios confinados	X Enfermedades de origen común	Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
Apto para manipulación de alimentos	Apto para conducción de vehículos		

5. EXÁMENES REALIZADOS

X	Examen Físico	Rx Tórax	Perfil Lipídico	TSH	Frotis Faríngeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular	Rx Columna Lumbo Sacra	Perfil Hepático	Serología	KOH Uñas
X	Audiometría	Cuadro Hemático	Perfil Renal	Ácido Úrico	Coprológico
	Optometría	Glicemia	Frotis Sangre Periférica	Tamizaje Drogas	Baciloscopia
	Espirometría	Electrocardiograma	Hemoclasificación	Alcohol	Evaluación Neuropsicológica
X	Visiometría	Parcial de Orina	Espermograma	Colinesterasa	Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

INFORMAR CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la valoración suministrada por el trabajador ante empresa contratante. El paciente firma la presente, dando constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

HUGO ALEJANDRO AVILA RAMIREZ
Medicina especializada, Medicina del trabajo
Registro Profesional: 10527009

PACIENTE:

EULICES RODRIGUEZ ROMERO

Nexvan Soft
www.nexvansoft.com

921

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ ROMERO EULISES** identificado(a) con **CC** número **74.320.816** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de agosto de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

922

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.498.494**

MURILLO

APELLIDOS

VICTOR MANUEL

NOMBRES

Murillo Victor

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1960**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

20-ABR-1981 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00360603-M-0019498494-20120213 **0029**189711A 1 1331704830

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VICTOR MANUEL MURILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.498.494**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Septiembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000246258

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S FECHA 12/01/2021 15:13:04

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: VICTOR MANUEL MURILLO C.C 19498494

EDAD 60 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OPERADOR DE VIBROCOMPACTADOR



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometria	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometria	☐	¿Cuáles?					
Audiometria	☑						
Espirometria	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

NO REALIZAR ALTURAS
CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
USO DE MEDIAS ANTIVARICE / NUTRICION
CONTROL MEDICO NEUROLOGIA EPS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACIONES : NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)/ INSPECCION A LA IMPLEMENTACION DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD COVID 19, EN LAS AREAS DE POTENCIAL EXPOSICION DE FORMA ESTRICTA.

Clinisur IPS 1 Ltda.

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

RÉGIMEN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-8 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S FECHA 12/01/2021 15:13:04

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: VICTOR MANUEL MURILLO C.C 19496494

EDAD 60 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OPERADOR DE VIBROCOMPACTADOR



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

MURILLO VICTOR

Dra. Digneiba Mosquera G.
Esp. Salud Ocupacional
C.C. 21.015.472
MÉDICO ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX.: 278 [illegible] FAX.: 239 2301 Bogotá D.C.
E-mail: clinisurips1@gmail.com - www.clinisurips.com

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301 Fax
E-mail: clinisurips@hotmail.com - http://www.clinisurips.com

926

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S
Identificada con NT No. 900645765

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2801605737707, a partir del 01 de Noviembre del año 2014.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	19498494	VICTOR MURILLO	CONDUCTORES	5	6.96%	26/01/2021		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 10 de Septiembre del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

927

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.700.807
VENTURA NIÑO

APELLIDOS
JOHN ALEXANDER

NOMBRES
John A Ventura

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

25-SEP-2006 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00389056-M-1033700807-20120719 0030590779A 1 1331942321

928

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S
Identificada con NT No. 900645765

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2801605737707, a partir del 01 de Noviembre del año 2014.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1033700807	JOHN ALEXANDER VENTURA NIÑO	CONDUCTORES	5	6.96%	26/01/2021		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 2 de Septiembre del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JOHN ALEXANDER VENTURA NIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.700.807**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Septiembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL COLOMBIA SAS
NIT: 900343878-6

CONTACTOS
7443300 - 3153579172
sisocolombiasas@gmail.com
Transversal 9 C # 29 A - 42 Maldonado
Tunja (Boyacá)

CERTIFICADO DE APTITUD



PACIENTE: JHON ALEXANDER VENTURA NIÑO

GÉNERO: Masculino

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1033.780.807 **FECHA NACIMIENTO:** 18 SEPT 1993 **EDAD:** 32 año(s) 01 mes(es) 04 día(s)

EMPRESA CONTRATANTE: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES SAS **TIPO EXAMEN:** Periódico

CARGO DESEMPEÑAR: OPERADOR DE MAQUINARIA **JORNADA TRABAJO:** Diurno **FECHA:** 22/10/2020

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD

1. RECOMENDACIONES GENERALES

1.1. Remisión a EPS	1.3. Completar esquema vacunación	1.5. Suspender tabaquismo	X Ninguna
1.2. Continuar manejo médico	1.4. Inicio o continuar actividad física	1.6. Reducir consumo de alcohol	1.7. Control de peso y nutrición
			1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

			Ninguna
2.1. Calificación de origen	2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X 2.7. Pausas activas	2.9. Uso diario de bloqueador solar
2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	X 2.5. Uso de elementos de protección personal	2.8. Uso de corrección visual	2.10. Otros
2.3. Seguimiento por ARL	X 2.6. Pautas ergonómicas		

3. RESTRICCIONES

			X No Aplica
3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts	3.4. Trabajos en temperaturas bajas	3.7. Trabajo en espacios confinados	3.10. Cargas
3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts	3.5. Trabajo en temperaturas altas	3.8. Para conducción de vehículos	3.11. Viajes
3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos	3.6. Trabajos con riesgo eléctrico	3.9. Manipulación de alimentos	3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: Ingreso ___ Periódico _X_ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

X Apto para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Requiere evaluar reubicación laboral	Sin restricción para continuar su labor actual
Apto con restricciones temporales (ver restricciones)	Apto para trabajo eléctrico	Requiere nueva valoración	Sin diagnóstico de enfermedad laboral
Apto con restricciones permanentes (ver restricciones)	Apto para trabajo en temperaturas extremas	Satisfactorio	Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
Aplazado	Apto para trabajo en espacios confinados	Enfermedades de origen común	Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
Apto para manipulación de alimentos	Apto para conducción de vehículos		

5. EXÁMENES REALIZADOS

X	Examen Físico	Rx Tórax	Perfil Lipídico	TSH	Frotis Faríngeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular	Rx Columna Lumbo Sacra	X Perfil Hepático	Serología	KOH Uñas
X	Audiometría	Cuadro Hemático	Perfil Renal	Ácido Úrico	Coprológico
	Optometría	Glicemia	Frotis Sangre Periférica	Tamizaje Drogas	Baciloscopia
	Espirometría	Electrocardiograma	Hemodasificación	Alcohol	Evaluación Neuropsicológica
X	Visiometría	Parcial de Orina	Espermograma	Colinesterasa	Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Sin Información

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

HUGO ALEJANDRO AVILA RAMIREZ
Medicina especializada, Medicina del trabajo
Registro Profesional: 1052726[illegible]

PACIENTE:

Jhon Ventura Niño
JHON ALEXANDER VENTURA NIÑO

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

931

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ☐ • Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Corectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
7. Tipo de documento de identidad
8. Número de documento de identidad
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo ☐☐ Condición ☐
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia: Zona Urbana ☐ Rural ☐

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

de servicios de salud - IPS | (a registrar por la EPS)

Cot
B
B
B

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante e pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación ☐
2. Corrección datos básicos de identificación ☐
3. Actualización documento de identidad ☐
4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐
5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐
6. Reinscripción en la EPS ☐
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
15. Reporte por fallecimiento ☐
16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐
18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad ☐ | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de nacimiento | 42. Fecha
43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código ☐ | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales ☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios ☐
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud ☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales ☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran ☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 ☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto ☐

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant ☐ RC Cant ☐ TI Cant ☐ CC Cant ☐ PA Cant ☐ CE Cant ☐ CD Cant ☐ SC Cant ☐ Total ☐
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital ☐
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor ☐
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia ☐
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres ☐
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud ☐
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de digitación

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

OBSERVACIONES.

18 DIC 2019
Cód 14 Luz Mery Escobar P.
SUJETO A VERIFICACIÓN

VIGILADO SUPERSALUD

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

932

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79734391

LOPEZ BENAVIDES
APELLIDOS

FREDY ANDRES
NOMBRES

FREDY ANDRES LOPEZ B
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUN-1974
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

22-SEP-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500105-42092134-M-0079734391-20011101 01229 01304A 01 114324324

ESTRATEGO IPS

Prestador:	254300267702
NIT	900981496-2
Dirección:	Cll 3 N 4 - 97
Telefono:	8421947-8252820
Email:	estrategoips@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha Impresión:	MADRID - 2021/04/06	**Nro Ingreso:**	202104060202309 / MADRID
Paciente:	FREDY ANDRES LOPEZ BANAVIDES	**Origen:**	PARTICULAR
CC:	79734391	**Destino:**	PARTICULAR
Edad:	46 años	**Cargo:**	OPERARIO
Género:	Masculino	**Fecha Ingreso:**	2021-04-06 14:56:25
Tipo Evaluación:	EXAMEN INGRESO	**Fecha Salida:**	2021-04-06 15:58:51

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA			
ESPIROMETRIA			
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	EL PACIENTE NO REFIERE NINGUNA PRE-EXISTENCIA DE ENFERMEDADES DE BASE O CRÓNICA COMO FACTOR DE RIESGO AGRAVANTE PARA EL COVID-19,SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD. SE PRACTICÓ ENCUESTA Y TOMA DE TEMPERATURA PERTENECIENTES AL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE COVID-19, A LO CUAL NO REFIERE NINGÚN SÍNTOMA ASOCIADO AL MISMO, NO OBSTANTE ES NECESARIO ACLARAR QUE PUEDE SER UN PACIENTE ASINTOMÁTICO ANTE EL VIRUS.

Recomendaciones Generales

Examen Periodico Ocupacional	Realizacion Pruebas Complementarias	Continuar Manejo Medico
Pausas Activas	Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Recomendaciones Específicas y/o Restricciones

HABITOS DE VIDA SALUDABLE, IMC-32,70, DIETA ADECUADA, CONSULTA CON OPTOMETRIA, VALORACION POR NUTRICION, SEGUIMIENTO EN CONTROL CADA 3 MESES POR DERMATOLOGIA EPS.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firmé. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de ESTRATEGO IPS S.A.S..

FREDY L.D. LOPEZ

Carmen Vergara R.
Especialista Salud Ocupacional
RES. 0260 de 2011

Profesional Ocupacional: CARMEN VERGARA R 0

Registro M.D: 22549074

Licencia S.O: RES. 0260 DE 2011

Firma del Paciente: FREDY ANDRES LOPEZ BANAVIDES

Identificacion: CC. - 79734391

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79734391
NOMBRES Y APELLIDOS	Lopez Benavides,Fredy Andres
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	14/09/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Lopez Benavides,Fredy Andres, a los 28 días del mes de agosto del año2021.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

935

SEGUROS BOLÍVAR

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S
Identificada con NT No. 900645765

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2801605737707, a partir del 01 de Noviembre del año 2014.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	79734391	LOPEZ BENAVIDES FREDY ANDRES	CONDUCTORES	5	6.96%	26/01/2021		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 10 de Septiembre del año 2021.

Firma Representante Legal

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

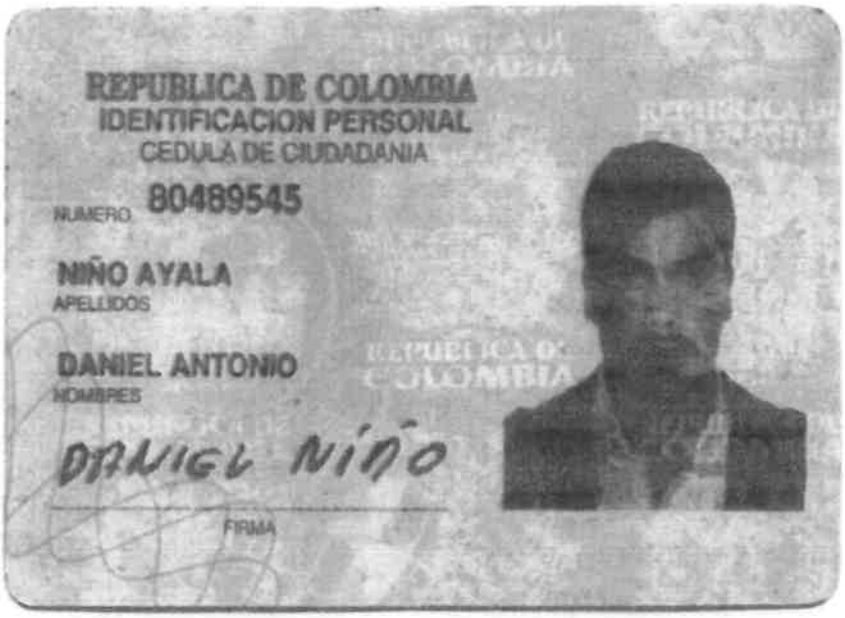
Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FREDY ANDRES LOPEZ BENAVIDES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79734391,** se encuentra afiliado/a desde **15/03/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de agosto de 2021.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño 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.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80489545

NIÑO AYALA
APELLIDOS

DANIEL ANTONIO
NOMBRES

DANIEL NIÑO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1973
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
13-AGO-1991 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DANIEL ANTONIO NINO AYALA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.489.545**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Agosto del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80489545
NOMBRES Y APELLIDOS	Niño Ayala,Daniel Antonio
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Niño Ayala,Daniel Antonio, a los 20 días del mes de Agosto del año 2021.

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

Bamy Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

940

Clinisur IPS 1 Ltda.
: REGIMEN Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000261751

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S FECHA 17/03/2021 10:57:18

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: DANIEL ANTONIO NIÑO AYALA C.C 80489545

EDAD 47 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONDUCTOR

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	¿Cuáles?					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA VISION CERCANA
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS - COV 2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020

Clinisur IPS 1 Ltda.
: REGIMEN Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S FECHA 17/03/2021 10:57:18

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: DANIEL ANTONIO NIÑO AYALA C.C 80489545

EDAD 47 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONDUCTOR



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

DANIEL ANTONIO NIÑO AYALA

FIRMA DEL PACIENTE



Claudia Patricia Granados G.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S
Identificada con NT No. 900645765

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2801605737707, a partir del 01 de Noviembre del año 2014.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	80489545	DANIEL ANTONIO NIÑO AYALA	OPERATIVOS	5	6.96%	17/02/2016		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 18 de Agosto del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.360.718
DIAZ FONSECA
APELLIDOS
ARTURO
NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
19-SEP-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S
Identificada con NT No. 900645765

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2801605737707, a partir del 01 de Noviembre del año 2014.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	79340716	ARTURO DIAZ FONSECA	CONDUCTORES	5	6.96%	05/02/2021		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 10 de Septiembre del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) ARTURO DIAZ FONSECA identificado con CC 79340716 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	**30/11/2020**
IPS Cotizante:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS RESTREPO**
Categoría:	**A**
Estado:	**ACTIVO**

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 28 días del mes de agosto del año 2021.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

94

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARTURO DIAZ FONSECA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 79340716,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2011** 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 18 de agosto de 2021.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño 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.

Clinisur IPS 1 Ltda.
Régimen: Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000252842

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S FECHA 04/02/2021 09:51:38

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: ARTURO DIAZ FONSECA C.C 79340716

EDAD 56 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONDUCTOR

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/ INGRESAR SVE AUDITIVO
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/ USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS - COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S FECHA 04/02/2021 09:51:38

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: ARTURO DIAZ FONSECA C.C 79340716

EDAD 56 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONDUCTOR



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Didier J. Rincón Castro
Médico Cirujano C.C 79 687 876
Médico Laboral
Lic. Cund. REG. [illegible]

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX.: 27[illegible] FAX.: 239 2301 Bogotá D.C.
E-mail: clinisurips1@g[illegible].com - www.clinisurips.com

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX:2784705 FAX:2392301
E-mail: clinisurips@hotmail.com - http://www.clinisurips.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.420.448
SANDOVAL CARVAJAL

APELLIDOS
LUIS HERNAN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1965
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

05-SEP-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A 1500150-00168010-M-0079420448-20060810 0014752615A 1 29119440

Clinisur IPS 1 Ltda.
Régimen Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000258117

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S FECHA 27/02/2021 08:54:17

PRECOCUPACIONAL O INGRESO ☐ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☑

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS HERNAN SANDOVAL CARVAJAL C.C 79420448

EDAD 55 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONDUCTOR



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO	☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO	☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL POR NUTRICION EPS/ VALORACION OTORRINO Y AUDIOLOGIA EPS
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP/REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)/NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Anderson Y. Gómez Avila
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro Médico 1032
FIRMA DEL ESPECIALISTA

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LUIS HERNAN SANDOVAL CARVAJAL identificado(a) con cedula ciudadania 79.420.448, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Agosto de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
16503874

CER-AFI

VIGILADO Superintendencia

95

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S
Identificada con NT No. 900645765

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2801605737707, a partir del 01 de Noviembre del año 2014.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	79420448	LUIS HERNAN SANDOVAL CARVAJAL	CONDUCTORES	5	6.96%	26/01/2021		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 10 de Septiembre del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144 331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS HERNAN SANDOVAL CARVAJAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.420.448,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 10 de Septiembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.033.700.836
ALFARO LEGUIZAMON

APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN

NOMBRES
Juan Alfaro

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

26-SEP-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01213907-M-1033700836-20210210 0073381732A 1 9914639303

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NIT. 900.148264-8 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

NÚMERO
0000271089

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S FECHA 20/05/2021 15:07:18

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JUAN SEBASTIAN ALFARO LEGUIZAMON C.C 1033700836

EDAD 32 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONDUCTOR

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometria	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	¿Cuáles?					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el dia de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE / HIGIENE POSTURAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS

USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OBSERVACIONES : NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)/NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

: REGIMEN

Nit. 900.148264-8 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S FECHA 20/05/2021 15:07:18

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JUAN SEBASTIAN ALFARO LEGUIZAMON C.C 1033700836

EDAD 32 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONDUCTOR



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Juan Alfaro

FIRMA DEL PACIENTE



Dra. Dayana Mosquera G
Esp. Salud Ocupacional
Res. 25 - 1527 - 2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.-2784705 FAX.-2392301Fax
E-mail: clinisuripo@clinisuripo.com - http://www.clinisuripo.com

957

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN SEBASTIAN ALFARO LEGUIZAMON identificado(a) con CC 1033700836 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1°C OTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**05/11/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 2 días del mes de Septiembre del año 2021.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

RUTH JOHANNA ROMERO CASTELBLANCO
ANALISTA ADMIISTRATIVO
EPS FAMISANAR S.A.S

958

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S
Identificada con NT No. 900645765

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2801605737707, a partir del 01 de Noviembre del año 2014.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1033700836	JUAN SEBASTIAN ALFARO LEGUIZAMON	CONDUCTORES	5	6.96%	22/05/2021		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 9 de Septiembre del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALFARO LEGUIZAMON JUAN SEBASTIAN** identificado(a) con **CC** número **1.033.700.836** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de junio de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de septiembre de 2021.

Cordialmente,

Laura P. Merchan M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

960



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.534.006
BOTIA SANCHEZ
APELLIDOS
HERNAN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
16-DIC-1988 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00206918-M-0079534006-20100113 0019921998A 1 1330587521

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional
NIt. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000251641

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: TRANSERCON SAS FECHA 30/01/2021 13:06:21

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: HERNAN BOTIA SANCHEZ C.C 79534006

EDAD 50 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONDUCTOR

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/ INGRESAR SVE AUDITIVO
CONTROL OPTOMETRIA EPS/ USO DE LENTES PARA LABORAR
USO DE MEDIAS ANTIVARICE
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/ USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS - COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020

Clinisur IPS 1 Ltda.
Régimen: Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: TRANSERCON SAS FECHA 30/01/2021 13:06:21

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: HERNAN BOTIA SANCHEZ C.C 79534006

EDAD 50 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONDUCTOR



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Hernan Botia

Didier J. Rincón Castro
Medico Cirujano C.C 79 687 878
Médico Laboral
Lic. Cund. RES 112642017

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
TRANSERVICIOS Y CONSTRUCCIONES S A S
Identificada con NT No. 900645765

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2801605737707, a partir del 01 de Noviembre del año 2014.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	79534006	HERNAN BOTIA	CONDUCTORES	5	6.96%	02/02/2021		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 10 de Septiembre del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) HERNAN BOTIA SANCHEZ identificado con CC 79534006 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	**18/01/2020**
IPS Cotizante:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**
Estado:	**ACTIVO**

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 28 días del mes de agosto del año 2021.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

965

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HERNAN BOTIA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.534.006**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Septiembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*




16-MAY-1979
VELEZ
(SANTANDER)
1.60
O-
M
23 ABR-1998 BOGOTA D.C.

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

NIT. 830.592.359-3

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL - INGRESO
PARA TRABAJO EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS

[redacted] 30 DE JULIO DEL 2021

[redacted] CLARA POSADA VICENTE

[redacted] 30.127.449

[redacted] VG EQUIPOS Y MAQUINARIA S.A.S

[redacted] OPERARIO DE MAQUINARIA EPS – SALUD TOTAL

[redacted] 42 [redacted] O

[redacted] 60K [redacted] M



RESULTADOS EXÁMENES PARACLÍNICOS

[redacted]

[redacted]	SI	OK
[redacted]	SI	OK
[redacted]		
[redacted]		
[redacted]		

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

[redacted]	SI	OK
[redacted]	SI	OK
[redacted]		
[redacted]		
[redacted]		
[redacted]		
[redacted]		

[redacted]

IMPRESION DIAGNOSTICA A la fecha hacemos constar que el trabajador fue examinado y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]		SI	[redacted]		

RECOMENDACIONES

1. [redacted]
2. [redacted]
3. [redacted]

[redacted]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

[redacted]

Dr. Francisco Javier Gómez Murillo

[redacted]

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901340744-8	VG EQUIPOS Y MAQUINARIA SAS		CL 17 NORTE # 10 11	3142724	body.arbelo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C - MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-07	E	12/08/2021	82818028	$1.129.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	72.800	0		0		0	0	0	0	72.800	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	36.400	0		0		0	0	0	0	36.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	36.400	0		0		0	0	0	0	36.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	36.400	0		0		0	0	0	0	36.400	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	581.600	0	0	0	0	0	0		581.600	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	316.500				316.500	0	0	38.500	277594	278.000	5.165	38.500	5

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	182.000	0	0	182.000	5

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	182.000	182.000
Pensión	2	727.000	727.000
Riesgos Laborales	1	38.500	38.500
CCF	1	182.000	182.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.129.500	1.129.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901340744-8	VG EQUIPOS Y MAQUINARIA SAS		CL 17 NORTE # 10 11	3142724	body.asbelto@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C - MIPYME			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPO
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-07	E	12/08/2021	82818028	$1.129.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Exterior	Colombia dependiente	Desconocido	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	COT	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012357089	GUIZA ARIZA JUAN CARLOS	1	0		S																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS016	908.526	36.400	14-11	908.526	5	58.300	CCF32	908.526	36.400	0	0	0	0	0
2	CC	1024824602	GUIZA ARIZA GIOVANNI	1	0		S																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS017	908.526	36.400	14-11	908.526	5	65.350	CCF32	908.526	36.400	0	0	0	0	0
3	CC	1031123544	GUIZA PINZON EDWIN ANTONIO	1	0		S																	230201	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS017	908.526	36.400	14-11	908.526	5	63.700	CCF32	908.526	36.400	0	0	0	0	0
4	CC	1070329675	CASTAÑO TORRES [illegible]IRO	1	0		S																	28-14	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS002	908.526	36.400	14-11	908.526	5	65.350	CCF32	908.526	36.400	0	0	0	0	0
5	CC	80127447	GUIZA PINZON VICENTE	1	0		S																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS002	908.526	36.400	14-11	908.526	5	65.350	CCF32	908.526	36.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PROMOVIENDO SALUD OCUPACIONAL S A S

NIT 900 409 920-1 BOGOTA DC TV 64 NO 83 A 64

PBX 4 80 80 94 CELULAR 324 435 17 12 - 3108136250 EMAIL

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 005 2607 2018

FECHA DE EXAMEN MEDICO: 30/08/2021

TIPO DE EXAMEN MEDICO: Ningreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☐ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: WILLIAM FERNANDO

Apellidos: ESPINOSA CARDENAS

Razon social: ZAMBRANO MACOHINE SAS NIT 901483925-8

Cedula: 1120579776

C.C 4 179 776

G.S Rh: O+

Direccion: CRA 28f 182-58

Genero: Masculino☒ Femenino ☐

Fecha de nacimiento: 22/08/1997

Edad en años: 21

EPS: SURA

ARL:

ATP: PROTECCION

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa: 30/08/2021

Cargo: OPERADOR DE ESCARIADORAS

Sección: CONSTRUCCION

Antigüedad en el cargo: (No aplica para ingreso)

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENE REALIZADOS

Consulta de medicina laboral, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Colesterol total, Glicemia, Cuadro Hematico, Triglicéridos, Espirometria, Visiometria, Audiometria

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo a la (s) Dr. (as) citado mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o de ingreso ocupacionales, registrados en este documento. El profesional citado mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen medico y paraclínicos ocupacionales, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el programa, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen medico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mi en estos exámenes están completas y son verídicas. 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 otorgar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☒ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologías que no generan restricción

☒ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales

☒Capacitación según matriz de riesgo y peligros

☒Higiene postural

☒Higiene y conducta integral

☒Pausas activas laborales

☒Uso de los EPP

☐Cultura de autocuidado

Medicas

☐Valoración por optometría

☐Valoración por medicina general EPS

☐Valoración por ARL

☐Valoración por medicina laboral

☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO

☐Curso trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos

Sistema de vigilancia epidemiológica

☐SVE Salud auditiva (enfasis en protección auditiva)

☐SVE Cardiovascular

☒SVE en salud visual

☒Corrección óptica permanente

☐SVE en salud respiratoria

☐SVE metalmiro

Hábitos y estilo de vida saludable

☒Ejercicio físico regular 5 veces por semana (acondicionamiento físico)

☒Entrenamientos integrales

☒Nutrición balanceada

☐Cesación de tabaquismo

☐Reducción consumo de alcohol

Condiciones de salud - otros

CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUEN LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19 PACIENTE SANO

X

Dr. [illegible] Gonzalez

Medico Especialista En Salud Ocupacional

C.C. 1007 DE 2018

X William F. Espinosa

Paciente

C.C 1179776.

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Nota:

a) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se trascribieron a continuación algunos apartes:

b) Los registros de la historia clínica ocupacional y de la salud y con la ocupación el estará a cargo de la persona prestadora del servicio de salud ocupacional que la genere en curso de la atención de los trabajadores mediante procedimientos de archivo confiables. La custodia legal siguiendo para la historia clínica

c) Ningún caso los empleados de puesto de trabajo tendrán acceso de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador.

d) Esta anexos no cumplen si no son suscritos por ambas partes.

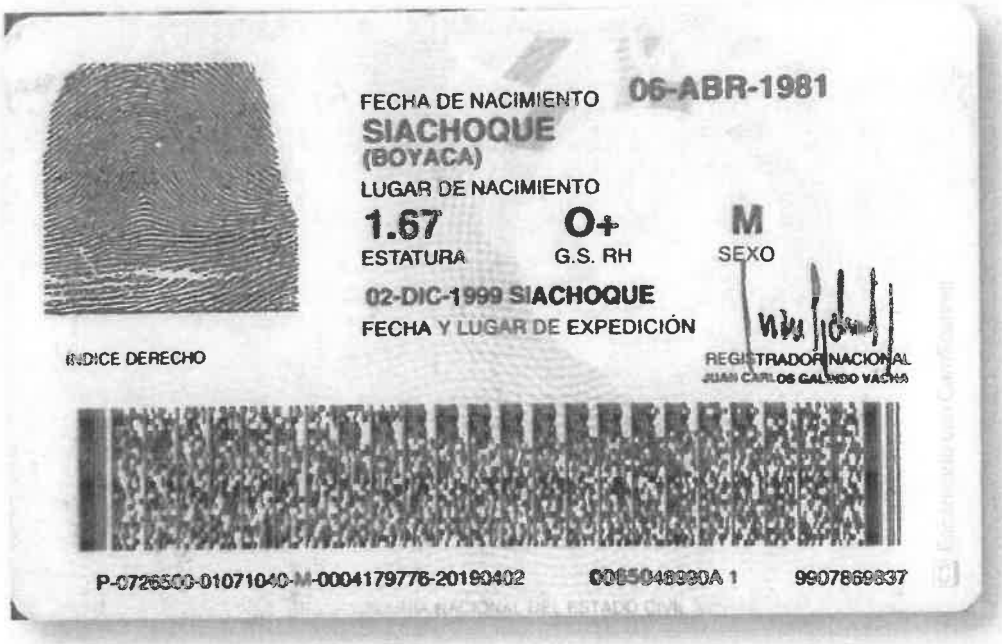
971



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 4.179.776
ESPINOSA CARDENAS
APELLIDOS
WILLIAM FERNANDO
NOMBRES

William F. Espinosa
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1981
SIACHOQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
02-DIC-1999 SIACHOQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-0726500-01071040-M-0004179776-20190402 0065048390A 1 9907669837

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901483928	8	ZAMBRANO MACCHINE SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TERRENOS	CALLE 106 54 93	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7063471	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-08	23843275	9423843275	E	2021/08/06	2021/08/25	BANCO AV VILLAS	0	$122,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS		PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	tac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1[illegible]877	BARON OSVALDO		X																25-14	2	$60,566	$9,700	EPS017	2	$60,566	$2,500	CCF22	2	$60,566	$2,500	14-11	2	$60,566	$4,300	0	$0	$0	SI	$19,000
2	CC	1[illegible]7774	ESPINOSA WILLIAM	X																	30201	9	$272,538	$43,700	EPS005	9	$272,538	$11,000	CCF22	9	$272,538	$11,000	14-11	9	$272,538	$19,000	0	$0	$0	SI	$84,700
3	CC	1[illegible]2163	ROPERO RAMON	X	X																30301	2	$60,566	$9,700	EPS008	2	$60,566	$2,500	CCF22	2	$60,566	$2,500	14-11	2	$60,566	$4,300	2	$0	$0	SI	$19,000
Total	Afiliados(3)																						$393,670	$63,100			$393,670	$16,000			$393,670	$16,000			$393,670	$27,600	2	$0	$0		$122,700

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901483925	8	ZAMBRANO MACCHINE SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	TERRENOS	CALLE 106 54 93	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7043471	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-08	23843275	9423843275	E	2021/08/06	2021/08/25	BANCO AV VILLAS	0	$122,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$63,100	$0	$0	$63,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$9,700	$0	$0	$9,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$9,700	$0	$0	$9,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$43,700	$0	$0	$43,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$27,600	$0	$0	$27,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$27,600	$0	$0	$27,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$16,000	$0	$0	$16,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	3	$16,000	$0	$0	$16,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$16,000	$0	$0	$16,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$2,500	$0	$0	$2,500
PAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$2,500	$0	$0	$2,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$11,000	$0	$0	$11,000
TOTAL				3	$122,700	$0	$0	$122,700

79.902.268
MURCIA PULGA

ORLANDO





FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-1978
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

24-JUN-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 11-nov-2020 **HORA** 12:31:24
EMPRESA ANDISCOL S A S NTI 900 682 881-
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador Orlando Murcia Pulga
Edad 42 años 5 meses 10 dias
Documento de Identificación CC Número 79902268
Cargo CONDUCTOR

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Conducta Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Remisión: Ninguna
Recomendaciones: Pautas conservación auditiva

Optometria
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON FILTRO AR , CONTROL ANUAL
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON FILTRO AR , CONTROL ANUAL

Otras Recomendaciones: 1/ / Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados con la alimentación. 6/ Uso de bloqueador solar 2 veces al dia. 7/ Control con odontologia anual y con medicina general anual por EPS. 8/ Ejercicio 3 veces a la semana como minimo 30 minutos. 9/ Consumo de frútas y verduras y alimentación saludable. 10/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 11/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral 12/ Hidratación constante 13/ Hábitos saludables 14/ No se detecto ninguno de los diagnosticos listados como comorbilidades

15/Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS
MEDICO NORMAL OSTEOMUSCULAR Normal REMISION A EPS?: NO

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Medico		Trabajador		
Firma	Dr. Jorge E. Betancourth P. Médico Especialista Salud Ocupacional REG. 105 [illegible] 15344-27	Firma		Huella
Nombre	JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA	Nombre	Orlando Murcia Pulga	
RM	15344 Lic SO	CC N°	79902268	

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-08-13, 12:36:05 PM Tipo Planilla: E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. Número Planilla: 1036349578

Periodo Cotización: julio de 2021 Periodo Servicio: agosto de 2021

PAGADO 13/08/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDISCOL	Nombre Sucursal	SIXTO BLANCO	Código Sucursal	13
Documento	[illegible]2891	Dirección	CL 42 #14 - 62		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	Teléfono	7556534		
Tipo Persona	JURÍDICA	Forma Presentación	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	BUSTOS BOLANOS WILSON EDUARDO	Identificación	CC 79516413		
Total Afiliados	2	ARP	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante		Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mintic	Total
CC [illegible]	[illegible]	01	00		[illegible]	$ 1.817.882	$ 145.400	[illegible]	$ 1.817.882	$ 72.800	6.96%	$ 1.817.882	$ 126.600	[illegible]	$ 1.817.882	$ 72.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 291.200
CC 80914488	WILLIAM JAVIER GONZALEZ CAMPOS	01	00		[illegible]	$ 1.817.882	$ 145.400	[illegible]	$ 1.817.882	$ 72.800	6.96%	$ 1.817.882	$ 126.600	[illegible]	$ 1.817.882	$ 72.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 291.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Otros(Incapacidades, Licencias, Multas a Favor) EPS	Otros Entidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.817.882	$ 1.817.882	$ 1.817.882	$ 1.817.882	$ 145.400	$ 72.800	$ 126.600	$ 72.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 363.200	$ 0	$ 363.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2946 - Cali: 554 8515 - Medellín: 514 65 69 - Barranquilla: 643 59 69 - Cartagena: 664 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Bucaramanga: 681 86 58 - Resto del País: 018000 971 991 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

977


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
9.154.857
PEREZ ZABALETA
MARLON
27-AGO-1973
MARIA LA BAJA
(BOLIVAR)
1,68
O+
M
SEXO

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE 2	**DIRECCIÓN**	Av. Cra. 68 No. 17 - 96, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-09-04	**TIPO DE EXAMEN**	PERIODICO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	MARLON PEREZ ZABALETA			**Identificación CC**	**Nro 9154857**
Fecha de Nacimiento	1973-08-27	**Edad**	48	**Sexo**	**M**
Empresa	QUINTERO CAICEDO RAMON VISAI				
Cargo	CONDUCTOR				
Fecha Ingreso	2021-09-04 08:54:22	**Fecha Salida**	2021-09-04 11:12:49		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO
DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA,COCAINA)	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO_DE_APTITUD

EXAMEN PERIODICO — SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI Observaciones: REGIMEN NUTRICIONAL.
VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: ANUAL, USO DE CORRECCION VISUAL.
OTRAS:	SI Observaciones: CONTROL MÉDICO PERIÓDICO.

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS — NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN
RM: 1020721952
Firma y sello del médico

MARLON PEREZ ZABALETA
CC 9154857
Firma del trabajador

ANEXO 4. LICENCIAS SO – IPS

Nuevo | Buscar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL

Si conoce algún dato digitelo para hacer más especifica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Prestador | Sedes | Servicios | Capacidad

NIT/CC	900844030 - 8
Naturaleza Jurídica	Privada

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento	Bogotá D.C — Municipio: BOGOTÁ
Código de Prestador	1100130342 - 01
Nombre del Prestador	BIENESTAR Y SALUD LABORAL SAS
Clase de Prestador	Instituciones - IPS — Empresa Social del Estado:
Dirección	Calle 134 7 83 To 2 P 3 OF 236
Telefono(s)	6037468
Fax	
Correo Electronico	info@bienestarysaludlaboral.com
Representante Legal	Maria Claudia Reatiga Urrea
Nivel	— Carácter Territorial:
Acreditado	
Fecha de Inscripción	20161219 — Fecha de Vencimiento: 20201219

Esta información ha sido extraida de la Base de Datos de REPS con corte de fecha: jueves 29 de diciembre de 2016 (2:40 p. m.)

Nuevo | Buscar | Ayuda

Secretaría de Salud
GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR

RESOLUCION No. - - - 4 6 0

Por la cual se renueva Licencia de Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR

En uso de sus facultades legales especialmente las conferidas por la Resolución **4502 del 28 de diciembre de 2012** del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que El Señor **JUAN JOSE REATIGA HERNANDEZ, MEDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**, identificado con cedula de Ciudadanía **No. 7.472.676 expedida en *Barranquilla***, *ha solicitado la Licencia de Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el* Trabajo, anexando la documentación exigida en la Resolución No 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social

Que La Doctora AURY ESTELLA SANCHEZ CAMACHO – Profesional Universitaria código 219 grado 15 del Programa Salud y Ámbito Laboral, ha revisado y verificado la documentación presentada por el Peticionario, la cual cumple con los requisitos exigidos en el artículo segundo de la resolución No 4502 del 2012, para expedir la **LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.**

Que en virtud de lo anterior,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO - Renovar **LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A:** Señor **JUAN JOSE REATIGA HERNANDEZ**, identificado con cedula de Ciudadanía **No.7.472.676 expedida en Barranquilla**, 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

ARTICULO SEGUNDO - La Licencia de que trata el artículo anterior tiene vigencia por el termino de **Diez (10) años** contados a partir de su ejecutoria

PARAGRAFO - Licencia es válida en todo el territorio nacional, personal e intransferible.

ARTÍCULO TERCERO - Contra la presente resolución procede el recurso de reposición de conformidad con el artículo 74 del C. P. A y de lo C. A. Ley 1437 de 2011.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE: 06 JUL. 2020

ALVARO MANUEL GONZALEZ HOLLMAN
Secretario de Salud Departamental de Bolivar

Proyecto y revisó: Aury Estella Sanchez C.
VoBo Asesor Jurídico

982

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

RESOLUCION No. 11409 de 08/10/2014

Por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere la Resolución 1429 del 19 de Marzo de 1997 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que el(la) señor(a) CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ SANTAMARIA identificado(a) con C.C. 52.503.829 de BOGOTA D.C., ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural.

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que realizada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de la licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a: CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ SANTAMARIA identificado(a) con C.C. 52.503.829 de BOGOTA D.C., como MEDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
2. INVESTIGACION EN AREA TECNICA.
3. INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA.

- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- PSICOLOGIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO *(Resolución 2646 de 17/07/2008 – Aplicación Batería de Riesgo Psicosocial)*
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA.
- DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACION Y CAPACITACION.

ARTICULO TERCERO: La presente renovación de Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 18/08/2020

YOLIMA AGUDELO SEDANO
Subdirectora de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Elaboró: KLRAMIREZ
Revisó: Clara Helena Villanueva Herrera
Aprobó: Yolima Agudelo Sedano

Bogotá,D.C. Agosto - 25 - 2020
A la fecha notifiqué personalmente al señor(a) Omar Malagon
C.C.# 80.412.639
Teléfono 2784706
Correo garcia[illegible]
Firma:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ SALUD

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución No 3930 de 18/08/2020

"Por la cual se Renueva Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA SUBDIRECTORA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que la entidad CLINISUR IPS 1 LTDA, identificada con NIT 900148264 ubicada en la CL 27 SUR 19 07 de la ciudad de Bogotá D.C., representada legalmente por JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, identificado(a) con CC No 80412639 ,ha solicitado la renovación de la Licencia de Prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como Persona Jurídica Resolución No 8456 de 24/08/2010 , expedida por La Secretaría Distrital de Salud.

Que la entidad peticionaria ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal B del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 8° de la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social se efectuó visita técnica con el propósito de verificar la información suministrada y garantizar la calidad en la prestación de los servicios de seguridad y salud en el trabajo, como consta en el acta de visita No. 3267 de fecha 05/08/2020.

Que con base en el análisis de la documentación presentada y lo verificado en la visita de vigilancia técnica se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Subdirectora de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Renovar Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CLINISUR IPS 1 LTDA identificada con NIT 900148264, ubicada en la CL 27 SUR 19 07 de la ciudad de Bogotá D.C., representada legalmente por JOSE OMAR MALAGON FIGUEROA, identificado(a) con CC No 80412639 , como Persona Jurídica.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Continuación de la Resolución No.11409 del 09/10/2014 por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

4. EDUCACIONES Y CAPACITACIONES
5. DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ARTÍCULO TERCERO: La presente licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación por un término igual en cualquier Secretaría Seccional o Distrital de salud.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su otorgamiento, deberá informar de ello a la Dirección de Desarrollo de Servicios – Vigilancia y Control de la Oferta de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulen la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente este (Resolución a CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ SANTAMARIA, advirtiéndole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 09/10/2014

ELSA ESPERANZA MARTINEZ CHAVARRO
Directora Desarrollo de Servicios de Salud

FUNCIONARIO/CONTRATISTA	NOMBRE	FIRMA
Proyectado por:	Esperanza Mora R.	
Revisado por:	Carmen Rosa Gallego V.	
Aprobado por:	Isabel Cristina Arunduaga F.	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma de la Directora de Desarrollo de Servicios de Salud.		

Cra. 32 No. 12-81
Tel: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

BOGOTÁ
HUMANA

986

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 15344 de 21/12/2017

"Por la cual se Renueva Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA, Identificado(a) con CC 10521868 de POPAYAN, ha solicitado la Renovación de la Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, otorgada mediante Resolución No. 11630 del 20/12/2007 , expedida por La Secretaria Distrital de Salud;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Renovar Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA, Identificado(a) con CC 10521868 de POPAYAN, como MÉDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia renovada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACION Y CAPACITACION
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA
- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ARTÍCULO TERCERO: La presente renovación de Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 21/12/2017

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Elaboró: ILURIBE
Revisó: Clara Helena Villanueva Herrera
Aprobó: Rosmira Mosquera Padilla

Bogotá,D.C. I - 30/18
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Jorge Betancourt P.
C.C# 16-21868
Firma:
cel 3125507327
jorbepl@gmail.com

9883

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución No 14910 de 28/11/2018

"Por la cual se Renueva Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que la entidad SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.identificada con NIT 830136321 ubicada en la CL 27 SUR # 14-43 de la ciudad de Bogotá D.C., representada legalmente por AUDITH REGINA PASTRANA PENICHE, identificado(a) con CC No 50905264, ha solicitado la renovación de la Licencia de Prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como Persona Jurídica Resolución No 10722 de 08/11/2008, expedida por La Secretaria Distrital de Salud;

Que la entidad peticionaria ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal B del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 8° de la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social se efectuó visita técnica con el propósito de verificar la información suministrada y garantizar la calidad en la prestación de los servicios de seguridad y salud en el trabajo, como consta en el acta de visita No: 2781 de fecha 19/11/2018.

Que con base en el análisis de la documentación presentada y lo verificado en la visita de vigilancia técnica se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Dirección de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaria Distrital de Salud

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Renovar Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. identificada con NIT 830136321,ubicada en la CL 27 SUR # 14-43 de la ciudad de Bogotá D.C., representada legalmente por AUDITH REGINA PASTRANA PENICHE, identificado(a) con CC No 50905264 , como Persona Jurídica.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

- INVESTIGACION DE ACCIDENTE DE TRABAJO.
- DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- *EDUCACION Y CAPACITACION.*
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Resolución 2646 de Julio 17 de 2008 – Aplicación de Batería de Riesgo Psicosocial

ARTÍCULO TERCERO: La presente renovación de Licencia se concede por término de diez (10) años, es de *carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional.*

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a AUDITH REGINA PASTRANA PENICHE, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 28/11/2018

SANDRA PATRICIA CHARRY ROJAS
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)

Elaboró: JPatiñ
Revisó : Clara Helena Villanueva Herrera Aprobó:
Sandra Patricia Charry Rojas

Bogotá,D.C. 07 03 2019
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Audith Pastrana Peniche
C.C #. 50.905.264
Teléfono: 3617612
Correo: Servisaludocupacional@gmail.com
Firma:

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCION INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No. 12490 de 30/09/2015

Por la cual se Modifica Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 06 de Noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que la entidad CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA SIGLA CENDIATRA S.A.S, identificada con NIT: 800.180.176-0, con ocho sedes ubicadas en: SEDE PRINCIPAL: CALLE 19 # 3 – 50 PISO 12 CONS 1202 Y 1203; CENDIATRA NORTE: AUT NORTE AV CRA 20 # 83 – 29; CENDIATRA NORTE 2: CARRERA 20 # 83 – 89; CENDIATRA CENTRO: CARRERA 5 # 19 – 08; CENDIATRA OCCIDENTE: AVENIDA CRA 68 # 17 –82; CENDIATRA SUR: TV 35 # 32 B – 42 SUR, CENDIATRA OCCIDENTE 2: CR 68 # 17-96 y CENDIATRA ZONA FRANCA: CARRERA 106 # 15 A 25 IN 141, representada legalmente por MANUEL ENRIQUE CASTELLANOS BUENDIA identificado(a) con CC No 19.323.429 de Bogotá D.C., ha solicitado la modificación de la Licencia de Prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como Persona Jurídica Resolución 13841 de 01/12/2014, por Inclusión de Sedes.

Que la entidad peticionaria ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal B del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 8º de la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social se efectuó visita técnica con el propósito de verificar la información suministrada y garantizar la calidad en la prestación de los servicios de seguridad y salud en el trabajo, como consta en el acta de visita No: 1843 de fecha 22 de Septiembre de 2015.

Que con base en el análisis de la documentación presentada y lo verificado en la visita de vigilancia técnica se considera procedente la modificación de la licencia solicitada.

En merito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Modificar Licencia de Prestación de Servicios en Salud y Seguridad en el Trabajo a CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA SIGLA CENDIATRA S.A.S, identificada con NIT: 800.180.176-0, con ocho sedes ubicadas en: SEDE PRINCIPAL: CALLE 19 # 3 – 50 PISO 12 CONS 1202 Y 1203; CENDIATRA NORTE: AUT NORTE AV CRA 20 # 83 – 29; CENDIATRA NORTE 2: CARRERA 20 # 83 – 89; CENDIATRA CENTRO: CARRERA 5 # 19 – 08; CENDIATRA OCCIDENTE: AVENIDA CRA 68 # 17 –82; CENDIATRA SUR: TV 35 # 32 B – 42 SUR, CENDIATRA OCCIDENTE 2: CR 68 # 17-96 y CENDIATRA ZONA FRANCA: CARRERA 106 # 15 A 25 IN 141, representada legalmente por MANUEL ENRIQUE CASTELLANOS BUENDIA identificado(a) con CC No 19.323.429 de Bogotá D.C., como Persona Jurídica.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

SEDE PRINCIPAL: CALLE 19 # 3 – 50 PISO 12 CONS 1202 Y 1203

1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Consulta **Médica** Ocupacional, *Optometria en Seguridad y Salud en el Trabajo, Psicología en Seguridad y Salud en el* Trabajo, Fonoaudiología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Audiometrías, Visiometrías, Espirometrías, Laboratorio Clínico.
2. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN.
3. INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA.
4. INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.
5. DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

CENDIATRA NORTE: AUT NORTE AV CRA 20 # 83 – 29

1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Consulta Médica Ocupacional, Optometria en Seguridad y Salud en el Trabajo, Psicología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Fonoaudiología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Audiometrías, Espirometrías, Visiometrías.
1. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN.
2. INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA.
3. INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.
4. DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Continuación de la resolución No. 12490 de 30/09/2015. Por la cual se Modifica Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a la entidad CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA SIGLA CENDIATRA S.A.S.

CENDIATRA NORTE 2: CARRERA 20 # 83 – 89

1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Consulta Médica Ocupacional, Psicología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Laboratorio Clínico.
2. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN.
3. INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA.
4. INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.
5. DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

CENDIATRA CENTRO: CARRERA 5 # 19 – 08

1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Consulta Médica Ocupacional, Fonoaudiología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Psicología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Audiometrías.
2. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN.
3. INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA.
4. INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.
5. DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

CENDIATRA OCCIDENTE: AVENIDA CRA 68 # 17 –82

1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Consulta Médica Ocupacional, Optometría en Seguridad y Salud en el Trabajo, Psicología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Fonoaudiología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Audiometrías, Visiometrías, Espirometrías.
2. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN.
3. INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA.
4. INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.
5. DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

CENDIATRA SUR: TV 35 # 32 B – 42 SUR

1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Consulta Médica Ocupacional, Psicología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Optometría en Seguridad y Salud en el Trabajo, Fonoaudiología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Audiometrías, Visiometrías.
2. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN.
3. INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA.
4. INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.
5. DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Continuación de la resolución No. 12490 de 30/09/2015. Por la cual se Modifica Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a la entidad CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA SIGLA CENDIATRA S.A.S.

CENDIATRA OCCIDENTE 2: CR 68 # 17 –96

1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Consulta Médica Ocupacional, Fonoaudiología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Psicología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Audiometrías, Visiometrías, Laboratorio Clínico.
2. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN.
3. INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA.
4. INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.
5. DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

CENDIATRA ZONA FRANCA: CR 106 # 15 A 25 IN 141

1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Consulta Médica Ocupacional, Psicología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Fonoaudiología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Audiometrías, Visiometrías.
2. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN.
3. INVESTIGACIÓN EN AREA TÉCNICA.
4. INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.
5. DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ARTÍCULO TERCERO: La presente Modificación no afecta el término de vigencia de diez (10) años contados a partir de la fecha de la expedición de la ***Resolución No. 13384 de 21/12/2011***, es de carácter personal e intransferible y tendrá validez en todo el territorio nacional.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adiciones.

Continuación de la resolución No. 12490 de 30/09/2015. Por la cual se Modifica Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a la entidad CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA SIGLA CENDIATRA S.A.S.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a MANUEL ENRIQUE CASTELLANOS BUENDIA, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 30/09/2015

Isabel Cristina Artunduaga P.
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

FUNCIONARIO/CONTRATISTA	NOMBRE	FIRMA
Proyectado por	Mónica M. Torres Rojas	Mónica Torres
Revisado por:	Clara Elena Villanueva Herrera	
Aprobado por:	Daibeth Elena Henriquez Iguarán	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para firma de la Directora de Calidad de Servicios de Salud.		

Propiedad Exclusiva de SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución No 1428 de 06/02/2020

"Por la cual se Modifica Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA SUBDIRECTORA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que la entidad SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMITADA, identificada con NIT 8300291020 ubicada en la AK 24 84 37 PISO 1; KR 62 12 58/66 Bodegas 1-4-5-17; KR 11 A 97 23 P 1 P 2 CS 201 Y AK 24 85 23; KR 56 79 55 de la ciudad de Bogotá D.C., representada legalmente por LUIS ALEXANDER LEON TUNJO, identificado(a) con CC No 80100287, ha solicitado la modificación de la Licencia de Prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolución 4766 de 06/05/2019 como Persona Jurídica por Apertura De Sede E Inclusión De Campo.

Que la entidad peticionaria ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal B del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 8° de la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social se efectuó visita técnica con el propósito de verificar la información suministrada y garantizar la calidad en la prestación de los servicios de seguridad y salud en el trabajo, como consta en el acta de visita No: 3190 de fecha 31/01/2020.

Que con base en el análisis de la documentación presentada y lo verificado en la visita de vigilancia técnica se considera procedente la modificación de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Subdirectora de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Modificar Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMITADA identificada con NIT 8300291020, ubicada en la ubicada en la AK 24 84 37 PISO 1; KR 62 12 58/66 Bodegas 1-4-5-17; KR 11 A 97 23 P 1 P 2 CS 201 Y AK 24 85 23; KR 56 79 55 de la ciudad de Bogotá D.C., representada legalmente por LUIS ALEXANDER LEON TUNJO, identificado(a) con CC No 80100287, como Persona Jurídica.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las *siguientes áreas o campos de acción:*

SEDES AK 24 84 37 PISO 1; KR 62 12 58/66 Bodegas 1-4-5-17; KR 11 A 97 23 P 1 P 2 CS 201 Y AK 24 85 23

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA.
- DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Propiedad Exclusiva de SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES

- EDUCACION Y CAPACITACION.
- INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Resolución 2646 de Julio 17 de 2008 ¿ Aplicación de Batería de Riesgo Psicosocial.

SEDE: KR 56 79 55

- EDUCACION Y CAPACITACION.
- SEGURIDAD INDUSTRIAL

ARTÍCULO TERCERO: La presente Modificación no afecta el término de vigencia de diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la ***Resolución No. 5841 de 30/06/2010***, es de carácter personal e intransferible y tendrá validez en todo el territorio nacional.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a LUIS ALEXANDER LEON TUNJO, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 06/02/2020

MARTHA J. FONSECA S

MARTHA JUDITH FONSECA SUAREZ
Subdirectora de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Bogotá, D.C. 24/02/2020
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Karen Navas B
C.C. # 45.564.931
Teléfono: 3002389857
Correo: karen.navas@saludocupacional.co
Firma:
Notificado por: Olga L. Infante C

Elaboró: KLRAMIREZ
Revisó: Clara Helena Villanueva Herrera
Aprobó: Martha Judith Fonseca Suárez

ANEXO 5. INDUCCIONES

CONSORCIO OPORTO	INDUCCION - REINDUCCION - NOTIFICACION DE RIESGOS

INDUCCCION - REINDUCCION

SG-SST	Politica SST, seguridad vial, prevención sps, prevención acoso laboral. Copasst, cocola, brigada de emergencias. Afiliaciones- pagos seguridad social. Examenes médicos ocupacionales ingreso, periódico, egreso, reubicacion, cambio de cargo. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Plan de emergencias. Accidentes e incidentes de trabajo. Uso de elementos de protección personal. Reporte de condiciones de salud). Responsabilidades, Funciones del cargo	MA	Manejo de campamento Gestion de residuos. Manejo de cuerpos de agua. Manejo de materiales de construccion. Manejo de vegetacion. Manejo de maquinaria Uso y cuidado de señalizacion Orden y aseo

NOTIFICACION DE RIESGOS

Los riesgos existentes en la empresa, están constituidos por:

- FISICOS: Ruido, vibraciones, calor, radiaciones no ionizantes.
- QUIMICOS: Gases, polvos orgánicos e inorgánicos.
- ELÉCTRICOS: Corto circuito.
- BIOLÓGICOS: Hongos, virus, bacterias
- ERGONOMICOS: Posturas inadecuadas, movimientos repetitivos, plano inadecuado de trabajo y sobreesfuerzo.
- MECÁNICOS: Manejo de herramientas, de equipos, golpes por objetos, proyección de particulas.
- PSICOLABORALES: Alta responsabilidad, toma de decisiones, repetitividad en las tareas y servicio al público.
- LOCATIVOS: Almacenamiento, orden, instalaciones, Trabajo en alturas.

ASISTENCIA

CAPACITADOR	Luz Stela Pineda
FECHA	15 - 09 - 2021

Nº	NOMBRE	CARGO	CEDULA	FIRMA
1				
2	TEOFILO RAMIREZ RUIDIAZ		7.085.776.579	
3	Jose Alejandro Pedraza.		1.002.5723	Jose Alejandro P.
4				
5	Jorge Andres Ruidiaz Fonseca		1.085.1466	
6	Cesar ORTIZ II.	INSTALADOR	1.121.14	Cesar ortiz II.
7	Diego Fabian Lopez	Instalador	1.098.656.57	
8	Diego Maestro Chirinos	Instalador	1.075.660.965	
9	Nelson Yo Paz Herrera	Instalador	85.168.884	
10	Alejandro Moreno Consuegra	Instalador	80.215.34	
11	Jose Fernando Gil	Ayudante instal	1.023.007.671	
12	Luis Fernando	Instalador	1.121.504.157	Luis Fernando
13	oscar martinez	Instalador	1a28554977	oscar martinez
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

CONSORCIO OPORTO	INDUCCION - REINDUCCION - NOTIFICACION DE RIESGOS

INDUCCCION - REINDUCCION

SG-SST	Política SST, seguridad vial, prevención spa, prevención acoso laboral. Copasst, cocola, brigada de emergencias. Afiliaciones- pagos seguridad social. Exámenes médicos ocupacionales ingreso, periódico, egreso, reubicacion, cambio de cargo. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Plan de emergencias. Accidentes e incidentes de trabajo. Uso de elementos de protección personal. Reporte de condiciones de salud). Responsabilidades, Funciones del cargo	MA	Manejo de campamento Gestion de residuos. Manejo de cuerpos de agua. Manejo de materiales de construccion. Manejo de vegetacion. Manejo de maquinaria Uso y cuidado de señalizacion Orden y aseo

NOTIFICACION DE RIESGOS

Los riesgos existentes en la empresa, están constituidos por:

- FISICOS: Ruido, vibraciones, calor, radiaciones no ionizantes.
- QUIMICOS: Gases, polvos orgánicos e inorgánicos.
- ELECTRICOS: Corto circuito.
- BIOLÓGICOS: Hongos, virus, bacterias
- ERGONOMICOS: Posturas inadecuadas, movimientos repetitivos, plano inadecuado de trabajo y sobreesfuerzo.
- MECÁNICOS: Manejo de herramientas, de equipos, golpes por objetos, proyección de partículas.
- PSICOLABORALES: Alta responsabilidad, toma de decisiones, repetitividad en las tareas y servicio al público.
- LOCATIVOS: Almacenamiento, orden, instalaciones. Trabajo en alturas.

ASISTENCIA

CAPACITADOR	Alejandro Santamaria
FECHA	30/09/2021

Nº	NOMBRE	CARGO	CEDULA	FIRMA
1	Stella Pineda Bustos	Apoyo SST	1026260194	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

1000

CONSORCIO OPORTO	INDUCCION - REINDUCCION - NOTIFICACION DE RIESGOS

INDUCCCION - REINDUCCION

SG-SST	Publica SST, seguridad vial, prevención sps, prevención acoso laboral. Copasst, comité, brigada de emergencias. Afiliaciones- pagos seguridad social. Exámenes médicos ocupacionales ingreso, periódico, egreso, reubicación, cambio de cargo. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Plan de emergencias. Accidentes e incidentes de trabajo. Uso de elementos de protección personal. Reporte de condiciones de salud). Responsabilidades, Funciones del cargo	MA	Manejo de campamento Gestion de residuos. Manejo de cuerpos de agua. Manejo de materiales de construccion. Manejo de vegetacion. Manejo de maquinaria Uso y cuidado de señalizacion Orden y aseo

NOTIFICACION DE RIESGOS

Los riesgos existentes en la empresa, están constituidos por:

- FISICOS: Ruido, vibraciones, calor, radiaciones no ionizantes.
- QUÍMICOS: Gases, polvos orgánicos e inorgánicos.
- ELECTRICOS: Corto circuito.
- BIOLÓGICOS: Hongos, virus, bacterias.
- ERGONOMICOS: Posturas inadecuadas, movimientos repetitivos, plano inadecuado de trabajo y sobreesfuerzo.
- MECÁNICOS: Manejo de herramientas, de equipos, golpes por objetos, proyección de partículas.
- PSICOLABORALES: Alta responsabilidad, toma de decisiones, repetitividad en las tareas y servicio al público.
- LOCATIVOS: Almacenamiento, orden, instalaciones, Trabajo en alturas.

ASISTENCIA

CAPACITADOR	Liz Stella Pinda
FECHA	21/09/2021

Nº	NOMBRE	CARGO	CEDULA	FIRMA
1	Juan David Presoquillo solas	Ayudante	1003802153	Juan Presoquillo
2	EDWARDO MOSQUERA	AYUDANTE	1214353[illegible]	EDWARDO
3	MAURICIO RESTREPO VIVA	AYUDANTE	71906395	MAURICIO
4	Marlon Perez Zuluaga	cadete	9154858	
5	Duvan Tejada Rodriguez	Instalador	1094810857	
6	Daniel Cantillo Lima	1004506[illegible] Instalador		Daniel Cantillo
7	BRAYAN CASTRO	1075662[illegible] STATALISTA		
8	Luis Lora	[illegible]		
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

CONSORCIO OPORTO	INDUCCION - REINDUCCION - NOTIFICACION DE RIESGOS

INDUCCION - REINDUCCION

SG-SST	Política SST, seguridad vial, prevención alcohol, prevención acoso laboral Copasst, sabotaje, brigada de emergencias. Afiliaciones, pagos seguridad social. Exámenes médicos ocupacionales ingreso, periódico, egreso, reubicación, cambio de cargo. Reglamento de higiene y seguridad industrial. Plan de emergencias. Accidentes e incidentes de trabajo. Uso de elementos de protección personal. Reporte de condiciones de salud. Responsabilidades, Funciones del cargo	MA	Manejo de campamento Gestión de residuos Manejo de cuerpos de agua. Manejo de materiales de construcción Manejo de vegetación Manejo de maquinaria Uso y ubicación de señalización Orden y aseo

NOTIFICACION DE RIESGOS

Los riesgos existentes en la empresa, están constituidos por:

- FISICOS: Ruido, vibraciones, calor, radiaciones no ionizantes. - QUÍMICOS: Gases, polvos orgánicos e inorgánicos. - ELECTRICOS: Corto circuito. - BIOLÓGICOS: Hongos, virus, bacterias	- ERGONÓMICOS: Posturas inadecuadas, movimientos repetitivos, diseño inadecuado de trabajo y sobreesfuerzos. - MECÁNICOS: Manejo de herramientas, de equipos, golpes por objetos, proyección de partículas. - PSICOLABORALES: Alta responsabilidad, toma de decisiones, rapidez en las tareas y servicio al público. - LOCATIVOS: Almacenamiento, orden, instalaciones, Trabajo en alturas.

ASISTENCIA

CAPACITADOR	
FECHA	21 / 03 / 2021

Nº	NOMBRE	CARGO	CEDULA	FIRMA
1	Ernesto Díaz Hernández	Admon	77153013	
2	Sonia Fuentes Fuentes	Aux. SISO	37252342	
3	Leonardo Cortes Forero	Apo Profesional	1098668833	
4	Cristian Adarme	Ing Residente	1098394751	
5	Alejandra Portocarrero	Aux SISO	1023393761	
6	[illegible]	Alistt	1093757857	
7	[illegible]	Operador	1098	
8	[illegible]	Ayudante	1098	
9	[illegible]	Operador	1098	
10	[illegible]	Ayudante	1098	
11	[illegible]	OF	1098	
12	[illegible]	OF	1098	
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ANEXO 6. INDICADORES DE AUSENTIMSO

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL AUSENTISMO LABORAL POR CAUSA MÉDICA
CONSORCIO OPORTO
2020

PERIODO / VARIABLES		JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
N° TOTAL DE TRABAJADORES	N.T.T.	5	5	33	55	42	20	35	36	0	0	0	0	0	28	75	337
N° TOTAL DE HORAS HOMBRE TRABAJADAS (HHT)	H.H.T.	800	800	5664	11440	7728	3840	6440	5304	0	0	0	0	0	4256	15000	62472
N° DE ACCIDENTES DE TRABAJO (A.T.	A.T.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
N° DE DÍAS DE INCAPACIDAD POR ACCIDENTE DE TRABAJO	D.I.	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
N° DE DÍAS DE INCAPACIDAD O DÍAS CARGADOS POR ACCIDENTE DE TRABAJO	D.I. O D.C.	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
N° DE ENFERMEDADES LABORALES (E.L.)	E.L.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° DE DÍAS DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD LABORAL	D.I.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° DE DÍAS DE INCAPACIDAD O DÍAS CARGADOS POR ENFERMEDAD LABORAL	D.I. O D.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° DE ACCIDENTES COMUNES (A.C.) O ENFERMEDADES GENERALES (E.G.)	A.C. - E.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° DE DÍAS DE INCAPACIDAD POR ACCIDENTES COMUNES (A.C.) O ENFERMEDADES GENERALES (E.G.)	D.I.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TASA DE ACCIDENTALIDAD (T.A.)	T.A	0,00	0,00	0,00	3,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,64
INDICE DE FRECUENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO (I.F. A.T.)	I.F. A.T	0,00	0,00	0,00	17,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17,54
INDICE DE SEVERIDAD DE ACCIDENTE DE TRABAJO (I.S. A.T.)	I.S. A.T	0,00	0,00	0,00	52,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	52,45
INDICE DE LESIONES INCAPACITANTES DE ACCIDENTES DE TRABAJO (I.L.I. A.T.)	I.L.I. A.T	0,00	0,00	0,00	0,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,92
PROPORCIÓN DE INCIDENCIA GENERAL DE ENFERMEDAD LABORAL (P.I.G. E.L.)	P.I.G. E.L	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PROPORCIÓN DE PREVALENCIA GENERAL DE ENFERMEDAD LABORAL (P.P.G. E.L.)	P.P.G. E.L	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE ACCIDENTE COMÚN (A.C.) O ENFERMEDAD GENERAL (E.G.)	E.G	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE ACCIDENTE COMÚN (A.C.) O ENFERMEDAD GENERAL (E.G.)	E.G	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE EVENTOS POR CAUSAS RELACIONADAS CON LA SALUD	LA SALUD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE EVENTOS POR CAUSAS RELACIONADAS CON LA SALUD	LA SALUD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ANEXO 7. HOJAS DE DATOS DE SEGURIDAD

DISALCO
Disolventes y Alcoholes del Ebro

ALCOHOL ETILICO 95º BITREX



SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O LA MEZCLA Y DE LA SOCIEDAD O EMPRESA

1.1 Identificador del producto: ALCOHOL ETILICO 95º BITREX

1.2 Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados:

Usos pertinentes: Materia prima para las industrias cosmetica, farmacéutica y de la alimentación. Uso exclusivo usuario profesional/usuario industrial.

Usos desaconsejados: Todo aquel uso no especificado en este epígrafe ni en el epígrafe 7.3

1.3 Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad:

Disolventes y Alcoholes del Ebro S.L.
C/ Alemania 67
50800 Zuera - Zaragoza - Spain
Tfno.: +34 976 681822 -
Fax: +34 976 682049
info@disalco.es
www.disalco.es

1.4 Teléfono de emergencia: 976681822 (HORARIO OFICINA)

SECCIÓN 2: IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS

2.1 Clasificación de la sustancia o de la mezcla:

Reglamento nº1272/2008 (CLP):

La clasificación de este producto se ha realizado conforme el Reglamento nº1272/2008 (CLP).

Eye Irrit. 2: Irritación ocular, categoría 2, H319
Flam. Liq. 2: Líquidos inflamables, categoría 2, H225

2.2 Elementos de la etiqueta:

Reglamento nº1272/2008 (CLP):

Peligro



Indicaciones de peligro:

Eye Irrit. 2: H319 - Provoca irritación ocular grave
Flam. Liq. 2: H225 - Líquido y vapores muy inflamables

Consejos de prudencia:

P210: Mantener alejado del calor, de superficies calientes, de chispas, de llamas abiertas y de cualquier otra fuente de ignición. No fumar
P233: Mantener el recipiente herméticamente cerrado
P264: Lavarse concienzudamente tras la manipulación
P280: Llevar guantes/prendas/gafas/máscara de protección
P305+P351+P338: EN CASO DE CONTACTO CON LOS OJOS: Enjuagar con agua cuidadosamente durante varios minutos. Quitar las lentes de contacto cuando estén presentes y pueda hacerse con facilidad. Proseguir con el lavado
P370+P378: En caso de incendio: Utilizar extintor de polvo ABC para la extinción.
P403+P235: Almacenar en un lugar bien ventilado. Mantener en lugar fresco
P501: Eliminar el contenido/el recipiente de acuerdo con la normativa sobre residuos peligrosos o envases y residuos de envases respectivamente

2.3 Otros peligros:

El producto no cumple los criterios PBT/vPvB

SECCIÓN 3: COMPOSICIÓN/INFORMACIÓN SOBRE LOS COMPONENTES

3.1 Sustancia:

No aplicable

3.2 Mezclas:

Descripción química: Alcoholes

Componentes:

- CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA -

1006



SECCIÓN 3: COMPOSICIÓN/INFORMACIÓN SOBRE LOS COMPONENTES (continúa)

De acuerdo al Anexo II del Reglamento (CE) nº1907/2006 (punto 3), el producto presenta:

Identificación	Nombre químico/clasificación	Concentración
CAS: 64-17-5 CE: 200-578-6 Index: 603-002-00-5 REACH: 01-2119457610-43-XXXX	**Etanol** [1] Reglamento 1272/2008 Eye Irrit. 2: H319; Flam. Liq. 2: H225 - Peligro	Autoclasificada **50 - <99,7 %**

[1] Sustancia que presentan un nesgo para la salud o el medio ambiente que cumple los criterios recogidos en el Reglamento (UE) nº 2015/830

Para ampliar información sobre la peligrosidad de la sustancias consultar las secciones 8, 11, 12, 15 y 16.

SECCIÓN 4: PRIMEROS AUXILIOS

4.1 Descripción de los primeros auxilios:

Los síntomas como consecuencia de una intoxicación pueden presentarse con posterioridad a la exposición, por lo que, en caso de duda, exposición directa al producto químico o persistencia del malestar solicitar atención médica, mostrándole la FDS de este producto.

Por inhalación:

Se trata de un producto que no contiene sustancias clasificadas como peligrosas por inhalación, sin embargo, en caso de síntomas de intoxicación sacar al afectado de la zona de exposición y proporcionarle aire fresco. Solicitar atención médica si los síntomas se agravan o persisten.

Por contacto con la piel:

En caso de contacto se recomienda limpiar la zona afecta con agua por arrastre y con jabón neutro. En caso de alteraciones en la piel (escozor, rojez, sarpullillos, ampollas,...), acudir a consulta médica con esta Ficha de Datos de Seguridad

Por contacto con los ojos:

Enjuagar los ojos con abundante agua a temperatura ambiente al menos durante 15 minutos. Evitar que el afectado se frote o cierre los ojos. En el caso de que el accidentado use lentes de contacto, éstas deben retirarse siempre que no estén pegadas a los ojos, de otro modo podría producirse un daño adicional. En todos los casos, después del lavado, se debe acudir al médico lo más rápidamente posible con la FDS del producto.

Por ingestión/aspiración:

En caso de ingestión, solicitar asistencia médica inmediata mostrando la FDS de este producto.

4.2 Principales síntomas y efectos, agudos y retardados:

Los efectos agudos y retardados son los indicados en las secciones 2 y 11.

4.3 Indicación de toda atención médica y de los tratamientos especiales que deban dispensarse inmediatamente:

No relevante

SECCIÓN 5: MEDIDAS DE LUCHAS CONTRA INCENDIOS

5.1 Medios de extinción:

Emplear preferentemente extintores de polvo polivalente (polvo ABC), alternativamente utilizar espuma física o extintores de dióxido de carbono (CO_2), de acuerdo al Reglamento de instalaciones de protección contra incendios (R.D. 194$_2$/1993 y posteriores modificaciones). NO SE RECOMIENDA emplear agua a chorro como agente de extinción.

5.2 Peligros específicos derivados de la sustancia o la mezcla:

Como consecuencia de la combustión o descomposición térmica se generan subproductos de reacción que pueden resultar altamente tóxicos y, consecuentemente, pueden presentar un riesgo elevado para la salud.

5.3 Recomendaciones para el personal de lucha contra incendios:

En función de la magnitud del incendio puede hacerse necesario el uso de ropa protectora completa y equipo de respiración autónomo. Disponer de un mínimo de instalaciones de emergencia o elementos de actuación (mantas ignífugas, botiquín portátil,...) conforme al R.D.486/1997 y posteriores modificaciones

Disposiciones adicionales:

Actuar conforme el Plan de Emergencia Interior y las Fichas Informativas sobre actuación ante accidentes y otras emergencias. Suprimir cualquier fuente de ignición. En caso de incendio, refrigerar los recipientes y tanques de almacenamiento de productos susceptibles a inflamación, explosión o BLEVE como consecuencia de elevadas temperaturas. Evitar el vertido de los productos empleados en la extinción del incendio al medio acuático.

- CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA -



SECCIÓN 6: MEDIDAS EN CASO DE VERTIDO ACCIDENTAL

6.1 Precauciones personales, equipo de protección y procedimientos de emergencia:

Aislar las fugas siempre y cuando no suponga un riesgo adicional para las personas que desempeñen esta función. Evacuar la zona y mantener a las personas sin protección alejadas. Ante el contacto potencial con el producto derramado se hace obligatorio el uso de elementos de protección personal (ver sección 8). Evitar de manera prioritaria la formación de mezclas vapor-aire inflamables, ya sea mediante ventilación o el uso de un agente inertizante. Suprimir cualquier fuente de ignición. Eliminar las cargas electroestáticas mediante la interconexión de todas las superficies conductoras sobre las que se puede formar electricidad estática, y estando a su vez el conjunto conectado a tierra.

6.2 Precauciones relativas al medio ambiente:

Producto no clasificado como peligroso para el medioambiente. Mantener el producto alejado de los desagües y de las aguas superficiales y subterráneas.

6.3 Métodos y material de contención y de limpieza:

Se recomienda:

Absorber el vertido mediante arena o absorbente inerte y trasladarlo a un lugar seguro. No absorber en serrín u otros absorbentes combustibles. Para cualquier consideración relativa a la eliminación consultar la sección 13.

6.4 Referencias a otras secciones:

Ver secciones 8 y 13.

SECCIÓN 7: MANIPULACIÓN Y ALMACENAMIENTO

7.1 Precauciones para una manipulación segura:

A.- Precauciones generales

Cumplir con la legislación vigente en materia de prevención de riesgos laborales. Mantener los recipientes herméticamente cerrados. Controlar los derrames y residuos, eliminándolos con métodos seguros (sección 6). Evitar el vertido libre desde el recipiente. Mantener orden y limpieza donde se manipulen productos peligrosos.

B.- Recomendaciones técnicas para la prevención de incendios y explosiones.

Trasvasar en lugares bien ventilados, preferentemente mediante extracción localizada. Controlar totalmente los focos de ignición (teléfonos móviles, chispas,...) y ventilar en las operaciones de limpieza. Evitar la existencia de atmósferas peligrosas en el interior de recipientes, aplicando en lo posible sistemas de inertización. Trasvasar a velocidades lentas para evitar la generación de cargas electroestáticas. Ante la posibilidad de existencia de cargas electroestáticas: asegurar una perfecta conexión equipotencial, utilizar siempre tomas de tierras, no emplear ropa de trabajo de fibras acrílicas, empleando preferiblemente ropa de algodón y calzado conductor. Cumplir con los requisitos esenciales de seguridad para equipos y sistemas definidos en el R.D.400/1996 (ATEX 100) y con las disposiciones mínimas para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores bajo los criterios de elección del R.D. 681/2003 (ATEX 137). Consultar el epígrafe 10 sobre condiciones y materias que deben evitarse.

C.- Recomendaciones técnicas para prevenir riesgos ergonómicos y toxicológicos.

Para control de exposición consultar la sección 8. No comer, beber ni fumar en las zonas de trabajo; lavarse las manos después de cada utilización, y despojarse de prendas de vestir y equipos de protección contaminados antes de entrar en las zonas para comer.

D.- Recomendaciones técnicas para prevenir riesgos medioambientales

Se recomienda disponer de material absorbente en las proximidades del producto (ver epígrafe 6.3)

7.2 Condiciones de almacenamiento seguro, incluidas posibles incompatibilidades:

A.- Medidas técnicas de almacenamiento

ITC (R.D.656/2017):	MIE-APQ-1
Clasificación:	B1
Tª mínima:	5 ºC
Tª máxima:	30 ºC
Tiempo máximo:	12 meses

B.- Condiciones generales de almacenamiento.

Evitar fuentes de calor, radiación, electricidad estática y el contacto con alimentos. Para información adicional ver epígrafe 10.5

7.3 Usos específicos finales:

Salvo las indicaciones ya especificadas no es preciso realizar ninguna recomendación especial en cuanto a los usos de este producto.

- CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA -

1008



SECCIÓN 8: CONTROLES DE EXPOSICIÓN/PROTECCIÓN INDIVIDUAL

8.1 Parámetros de control:

Sustancias cuyos valores límite de exposición profesional han de controlarse en el ambiente de trabajo (INSSBT 2018):

Identificación	Valores límite ambientales		
Etanol	VLA-ED		
CAS: 64-17-5	VLA-EC	1000 ppm	1910 mg/m³
CE: 200-578-6	Año	2018	

DNEL (Trabajadores):

Identificación		Corta exposición		Larga exposición	
		Sistémica	Local	Sistémica	Local
Etanol	Oral	No relevante	No relevante	No relevante	No relevante
CAS: 64-17-5	Cutánea	No relevante	No relevante	343 mg/kg	No relevante
CE: 200-578-6	Inhalación	No relevante	1900 mg/m³	950 mg/m³	No relevante

DNEL (Población):

Identificación		Corta exposición		Larga exposición	
		Sistémica	Local	Sistémica	Local
Etanol	Oral	No relevante	No relevante	87 mg/kg	No relevante
CAS: 64-17-5	Cutánea	No relevante	No relevante	206 mg/kg	No relevante
CE: 200-578-6	Inhalación	No relevante	950 mg/m³	114 mg/m³	No relevante

PNEC:

Identificación				
Etanol	STP	580 mg/L	Agua dulce	0,96 mg/L
CAS: 64-17-5	Suelo	No relevante	Agua salada	0,79 mg/L
CE: 200-578-6	Intermitente	2,75 mg/L	Sedimento (Agua dulce)	3,6 mg/kg
	Oral	720 g/kg	Sedimento (Agua salada)	No relevante

8.2 Controles de la exposición:

A.- Medidas generales de seguridad e higiene en el ambiente de trabajo:

Como medida de prevención se recomienda la utilización de equipos de protección individual básicos, con el correspondiente marcado CE de acuerdo al R.D.1407/1992 y posteriores modificaciones. Para más información sobre los equipos de protección individual (almacenamiento, uso, limpieza, mantenimiento, clase de protección,...) consultar el folleto informativo facilitado por el fabricante del EPI. Las indicaciones contenidas en este punto se refieren al producto puro. Las medidas de protección para el producto diluido podrán variar en función de su grado de dilución, uso, método de aplicación, etc. Para determinar la obligación de instalación de duchas de emergencia y/o lavaojos en los almacenes se tendrá en cuenta la normativa referente al almacenamiento de productos químicos aplicable en cada caso. Para más información ver epígrafes 7.1 y 7.2.

Toda la información aquí incluida es una recomendación siendo necesario su concreción por parte de los servicios de prevención de riesgos laborales al desconocer las medidas de prevención adicionales que la empresa pudiese disponer o si han sido incluidos en la evaluación de riesgos pertinentes.

B.- Protección respiratoria.

Será necesario la utilización de equipos de protección en el caso de formación de nieblas o en el caso de superar los límites de exposición profesional si existiesen (Ver Epígrafe 8.1).

C.- Protección específica de las manos.

Pictograma	EPI	Marcado	Normas CEN	Observaciones
 Proteccion obligatoria de la manos	Guantes de protección contra riesgos menores			Reemplazar los guantes ante cualquier indicio de deterioro. Para periodos de exposición prolongados al producto para usuarios profesionales/industriales se hace recomendable la utilización de guantes CE III, de acuerdo a las normas EN 420 y EN 374

Dado que el producto es una mezcla de diferentes materiales, la resistencia del material de los guantes no se puede calcular de antemano con total fiabilidad y por lo tanto tiene que ser controlados antes de su aplicación.

D.- Protección ocular y facial

- CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA -