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 800129071	0	SOTARCO SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	SOTARCO	CARRERA 45 N 9 SUR 12 APTO 603	MEDELLIN-ANTIOQUIA	4444017	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-09	1127844154	9424517565	E	2021/09/16	2021/09/13	BANCO DE BOGOTA		$19,377,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	EMPLEADO Identificación	Nombre	NOVEDADES	PENSION Codigo	Dias	IBC	Aporte	SALUD Codigo	Dias	IBC	Aporte	CCF Codigo	Dias	IBC	Aporte	RIESGOS Codigo	Dias	IBC	Aporte	PARAFISCALES Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SOTARCO (20 Afiliados)						$45,289,304	$7,448,500			$45,289,304	$1,812,600			$45,681,676	$1,828,200			$45,289,304	$3,153,000		$0	$0		$14,242,300
Centro de Trabajo: URGENCIA MANIFIESTA (20 Afiliados)						$45,289,304	$7,448,500			$45,289,304	$1,812,600			$45,681,676	$1,828,200			$45,289,304	$3,153,000		$0	$0		$14,242,300
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (20 Afiliados)						$45,289,304	$7,448,500			$45,289,304	$1,812,600			$45,681,676	$1,828,200			$45,289,304	$3,153,000		$0	$0		$14,242,300
1	CC	71269287	ARIAS MILTON	230201	30	$2,608,905	$417,500	EPS010	30	$2,608,905	$104,400	CCF04	30	$2,608,905	$104,400	14-11	30	$2,608,905	$181,600	30	$0	$0	SI	$807,900
2	CC	37581139	CADENA DARLY	230201	30	$2,482,064	$397,200	EPS037	30	$2,482,064	$99,300	CCF04	30	$2,482,064	$99,300	14-11	30	$2,482,064	$172,800	30	$0	$0	SI	$768,600
3	CC	78755528	COGOLLO JUAN	230301	30	$908,526	$145,400	EPS010	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
4	CC	1128458220	CORREA YEISON	X 230301	23	$696,537	$111,500	EPS002	23	$696,537	$27,900	CCF04	23	$757,105	$30,300	14-11	23	$696,537	$48,500	23	$0	$0	SI	$218,200
5	CC	71590075	ESPINOSA IVAN	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
6	CC	43748276	GARCES CARMEN	230201	30	$5,165,795	$878,400	EPS010	30	$5,165,795	$206,700	CCF04	30	$5,165,795	$206,700	14-11	30	$5,165,795	$359,600	30	$0	$0	SI	$1,651,400
7	CC	1128421122	GUTIERREZ JUAN	230301	30	$1,116,929	$178,800	EPS002	30	$1,116,929	$44,700	CCF04	30	$1,116,929	$44,700	14-11	30	$1,116,929	$77,800	30	$0	$0	SI	$346,000
8	CC	1017169820	HERNANDEZ DIANA	230201	30	$4,343,611	$738,600	EPS010	30	$4,343,611	$173,800	CCF04	30	$4,343,611	$173,800	14-11	30	$4,343,611	$302,400	30	$0	$0	SI	$1,388,600
9	CC	6434499	MONTOYA JUAN	230301	30	$6,205,159	$1,055,100	EPS010	30	$6,205,159	$248,300	CCF04	30	$6,205,159	$248,300	14-11	30	$6,205,159	$431,900	30	$0	$0	SI	$1,983,600
10	CC	71292393	MUÑOZ JOHN	230201	30	$1,175,102	$188,100	EPS040	30	$1,175,102	$47,100	CCF04	30	$1,175,102	$47,100	14-11	30	$1,175,102	$81,800	30	$0	$0	SI	$364,100
11	CC	1035224477	MURILLO DIANA	230201	30	$2,482,064	$397,200	EPS010	30	$2,482,064	$99,300	CCF04	30	$2,482,064	$99,300	14-11	30	$2,482,064	$172,800	30	$0	$0	SI	$768,600
12	CC	1152210236	OCHOA DANIELA	25-14	30	$2,482,064	$397,200	EPS037	30	$2,482,064	$99,300	CCF04	30	$2,482,064	$99,300	14-11	30	$2,482,064	$172,800	30	$0	$0	SI	$768,600
13	CC	1563819	OSPINA OMAR	X 25-14	22	$3,185,315	$509,700	EPS010	22	$3,185,315	$127,500	CCF04	22	$3,517,119	$140,700	14-11	22	$3,185,315	$221,700	22	$0	$0	SI	$999,600
14	CC	1152447111	POSADA BRAYAN	25-14	30	$917,990	$146,900	EPS002	30	$917,990	$36,800	CCF04	30	$917,990	$36,800	14-11	30	$917,990	$63,900	30	$0	$0	SI	$284,400
15	PE	824674803101 994	PUYOSA MAIQUEL	230201	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
16	CC	1128273442	RESTREPO LINA	230301	30	$917,990	$146,900	EPS040	30	$917,990	$36,800	CCF04	30	$917,990	$36,800	14-11	30	$917,990	$63,900	30	$0	$0	SI	$284,400
17	CC	1193232351	RUIZ YEISON	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS040	30	$908,526	$36,400	CCF04	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
18	CC	71787334	TABORDA SANTIAGO	25-14	30	$2,482,064	$397,200	EPS016	30	$2,482,064	$99,300	CCF04	30	$2,482,064	$99,300	14-11	30	$2,482,064	$172,800	30	$0	$0	SI	$768,600
19	CC	1018372425	VELASQUEZ DANY	231001	30	$1,050,000	$168,000	EPS010	30	$1,050,000	$42,000	CCF04	30	$1,050,000	$42,000	14-11	30	$1,050,000	$73,100	30	$0	$0	SI	$325,100
20	CC	1020447060	VELASQUEZ DIANA	25-14	30	$4,343,611	$738,600	EPS010	30	$4,343,611	$173,800	CCF04	30	$4,343,611	$173,800	14-11	30	$4,343,611	$302,400	30	$0	$0	SI	$1,388,600
Total	**Afiliados(20)**					$45,289,304	$7,448,500			$45,289,304	$1,812,600			$45,681,676	$1,828,200			$45,289,304	$3,153,000		$0	$0		$14,242,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				20	$7,448,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$168,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	7	$2,480,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$1,637,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$3,162,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				20	$3,153,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	20	$3,153,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				20	$1,828,200
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	20	$1,828,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				20	$1,812,600
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$99,300

2021/09/16 08:15 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO					
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	9	$1,212,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$198,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	$182,200
SAVIA SALUD	EPS040	900,604,350	0	3	$120,300
TOTAL				20	$14,242,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2021/09/16 08:15 AM

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

188546-T



VIVIANA ANDREA
HINCAPIE TREJOS
C.C. 1128425884
RESOLUCION INSCRIPCION 170 FECHA 26/03/2014
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

DIRECTOR GENERAL
JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ

200493

189256

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ldeas.com

CARLOS RAMOS

555



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1965
BARBOSA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-JUL-1983 REMEDIOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0110300-00160467 M-0015536261-20090527 0012867076A 1 2430007809

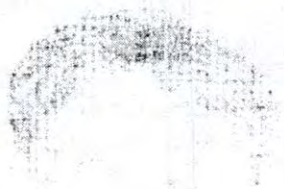
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.336.261
VALENCIA OSPINA

APELLIDOS

RIGOBERTO ANTONIO

NOMBRES



Rigoberto Valencia

FIRMA

HOJA DE VIDA



PERFIL

Me Considero Una Persona Seria Y Capaz De Cumplir Lo Que Me Propongo Soy Honesta Y Muy Responsable.

DATOS PERSONALES

NOMBRE: Rigoberto Antonio Valencia Ospina
CEDULA DE CIUDADANIA: 15536261
FECHA DE NACIMIENTO: 30 Enero 1965
LUGAR DE NACIMIENTO: Barbosa Antioquia
ESTADO CIVIL: Unión Libre
DIRECCIÓN: Calle 103#49C49
TELÉFONO: 5214785
CELULAR: 3216459225

FORMACIÓN ACADÉMICA

PRIMARIA

INSTITUCIÓN: Escuela rural mixta las victorias
TÍTULO: 5 primaria
CIUDAD: medellin

BACHILLERATO

INSTITUCIÓN:

TÍTULO:
CIUDAD

OTROS ESTUDIOS

INSTITUCIÓN:
NOMBRE DEL CURSO:
TÍTULO OBTENIDO:
CIUDAD:
AÑO DE TERMINACIÓN:

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA: constructor giraldo
CARGO: oficial
FECHA: 30/08/2016
JEFE INMEDIATO: omar giraldo
MOTIVO DE RETIRO: terminación de obra

EMPRESA: paecia
CARGO: oficial
FECHA: 19/12/2015
JEFE INMEDIATO: luis carlos ramos
MOTIVO DE RETIRO: terminación de obra

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE: livia marin
TELÉFONO: 4062814
OCUPACIÓN: ama de casa

NOMBRE: jairo valencia
TELÉFONO: 4661389
OCUPACIÓN: oficio varios

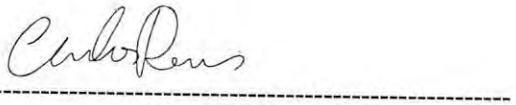
REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: abelardo duarte
TELÉFONO: 3207737881
OCUPACIÓN: oficial de construccion

NOMBRE: gustavo rios
TELÉFONO: 3044846040
OCUPACIÓN: oficial de construccion

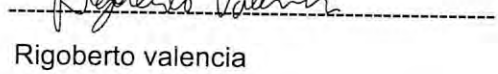
CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este Rigoberto Antonio valencia con cédula 15536261 de Barbosa todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ofcial durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 1/09/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 12000000 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 17/08/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias



LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012



Rigoberto valencia

cédula 15536261

557

ARUS
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: martes, 31 de agosto de 2021 03:13:16 PM

Periodo del informe: 202107
Pagada 03/08/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS CARLOS RAMOS SOTO		
Documento	NI8674012	**Dirección**	CL59B NO 68-67 INT 202
Tipo de Empresa		**Teléfono**	4665716
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BELLO	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	RAMOS SOTO LUIS CARLOS	**Identificación**	CC8674012

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																Administradoras					IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Periodo de Cot.	Periodo Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 15536261	VALENCIA OSPINA RIGOBERTO ANTONIO	50723307	03/08/2021	202107	202108																		30	30	30	30	230301	EPS010	14-23	CCF04	$1.200.000	$1.200.000	$1.200.000	$1.200.000	$192.000	$48.000	$83.600	$48.000	$0	$0	$0	$0	$371.600

ARUS, Linea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO
A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

RIGOBERTO ANTONIO VALENCIA OSPINA
D.I. **15536261**
BASICO OPERATIVO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Con una intensidad de (**8**) horas
Ministerio de Trabajo - Radicado 08SE2019220000000050143
Organismo Certificador ICONTEC CS - CER720759

CÓDIGO: 2243

FECHA DE CAPACITACIÓN:
05/12/2020 AL 05/12/2020
FECHA DE EXPEDICIÓN:
05 de Diciembre de 2020
MEDELLÍN, COLOMBIA.

Entrenador
Lic. Nº 2018060026592
LUIS FERNANDO VALENCIA TORO

Luis Fernando Valencia T.
Representante Legal

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA
DE APOYO A LA PEQUEÑA,
MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

RIGOBERTO ANTONIO VALENCIA OSPINA
D.I. 15536261
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
BASICO OPERATIVO
CÓDIGO: **2243**
05 de Diciembre de 2020

DR. CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA MD Esp. Salud Ocupacional	**CERTIFICADO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL**

1 IDENTIFICACIÓN

Nombre completo				Fecha del examen:		4 DE DICIEMBRE DE 2020	
RIGOBERTO ANTONIO VALENCIA OSPINA						Identificación 15536261	
Empresa				Cargo		Área / Sector económico	
LUIS CARLOS RAMOS				OFICIAL DE CONSTRUCCION		CONSTRUCCION	
Lugar y fecha de nacimiento	Edad	Sexo		Estado civil	EPS	AFP	ARL
1/30/1965 BARBOSA ANT	55	MASC		UNION LIBRE	SURA	PORVENIR	NO RELATA
Escolaridad/Oficio	Barrio / Vereda			Ciudad / Municipio		Teléfono o Celular	Centro
QUINTO PRIMARIA	SANTA CRUZ LA ROSA			MEDELLIN		3226766550	COAP

2. CONCEPTO: De acuerdo con el examen ocupacional realizado al trabajador se considera:

Para el cargo		Para trabajos en alturas	X	Para espacios confinados		APLAZADO	
FAVORABLE		(1) CON PATOLOGÍA **NO** RESTRICTIVA (CON RECOMENDACIONES)	X	(2) CON PATOLOGÍA RESTRICTIVA (CON RESTRICCIONES)			

RECOMENDACIONES (1) Y RESTRICCIONES (2):

1 CONTROL PESO

2 SIN RESTRICCIONES

Obligaciones para cumplir por parte del examinado:

1. Capacitarse en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Usar los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural y realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación,
4. Evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma; y mantener las mismas recomendaciones definidas para su trabajo.
5. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda para hombres, o 12.5kg y 25 kg para mujeres.
6. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
7. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

CERTIFICACION PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS: De acuerdo con las respuestas dadas en el cuestionario de estado de salud para trabajos en alturas, y a la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, se considera este resultado, previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud, acorde con lo establecido en las Resoluciones 1409 de 2012 del Ministerio de la Protección Social y 0491 de 2020 de Min trabajo. El trabajador no refiere episodios de vértigos, ni crisis de epilepsia actuales o previas, ni el consumo de sustancias psicoactivas.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

DR CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA CC. 79.285.049 Reg Med. 5180 LSO. 2019060156091	Rigoberto Valencia 15536261
Nombre Médico evaluador	Firma y cedula del examinado

559

El empleo es de todos | Mintrabajo

Bogotá D.C., agosto 31 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que RIGOBERTO ANTONIO VALENCIA OSPINA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 15536261, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS BÁSICO OPERATIVO
EMPRESA FORMADORA: COOAPPYME COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
ENTRENADOR FORMADOR: LUIS FERNANDO VALENCIA TORO
SEDE DONDE SE FORMO: CENTRO DE CAPACITACIO
FECHAS DE FORMACIÓN: 05/12/2020 12:00:00 a. m. a 05/12/2020 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día agosto 31 de 2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.769.259

GOMEZ MUÑOZ

APELLIDOS

YORLEY FELIPE

NOMBRES



YORLEY FELIPE

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-ABR-2001

BRICEÑO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

14-MAY-2019 BRICEÑO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

P-0106200-01079668-M-1000769259-20190703 0065914109A 2 51586748

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA
CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Medellin			

I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 117 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.



Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Gomez	Muños	Yorley Felipe

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Minero, Pilero, Ayudante entendido, ayudante	2 años	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Briceño Antioquia	D 27 M ABR A 2001	Union libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
	Piedras Blancas	304-577-68-31

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°	
1000769259	Distrito N°	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Expedida en: Briceño		

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒	Yoliet	311-247-59-11	200.000

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Ins. educativa, Rural Roblal	Antioquia	5°	27/12/2013
Bachillerato				
Educación Superior				

Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha

Título obtenido y/o especialidad

Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐

¿Qué estudios realiza actualmente?

Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita darnos detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Perforaciones y voladura J.R.		313 7986362

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Jorge Roas	Pilero

Funciones realizadas: Escabacion, Constrocion, Anillacion,

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
oct de 2019	Junio de 2019	$ 1.800.000	$ 2.200.000

Motivo del retiro: otra oportunidad de empleo

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Logis - Prohibida toda reproducción total o parcial, sin la expresa autorización escrita de Logis - bajo cualquier medio conocido o por conocer, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la ley autoral.

S61

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA	X	Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA	X	Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA	X	Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO pilero	X
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ		Ayudante en-	
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO	X	tendido	X

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Jacabed Vallejo	Estudiante → practicante	Exito
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono** / **Ciudad**
Auxiliar de Cajas		3045776831 / Medellin
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	**Parentesco**	**Edades**
1	Esposa	21 años
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	
Maria ofelia Gomez Muñoz	Ama de casa	
Ariel villa	Agricoltor	

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
Alonzo	Pastor		3104958483
Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
Edith Coronado	Ama de Casa		3016078721

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo	X	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si [ ] No [X]
	Agencia		Otro		
Nombre de la persona que lo recomienda					División o departamento
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos					

Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Yorlex Felipe.
C.C. 1000769259

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma / Fecha

Concepto segundo entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma / Fecha

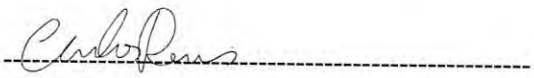
Conclusiones

		Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si [ ] No [ ]	Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si [ ] No [ ]	Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

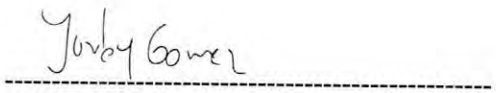
CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este yorley felipe gomez con cédula 1000769259 de medellin todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 15/09/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 12000000 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 15/09/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias



LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012



felipe gomez

cédula 1000769259

562

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 14/09/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	8674012	**Cédula Usuario:**	C 8674012
Nombre:	LUIS CARLOS RAMOS SOTO				
Dirección:	CL 59B 68 67 IN 202				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	BELLO	
Correo electrónico:	lramossoto@yahoo.com				
Teléfono:	4665716		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	230	15/09/2021	C 1000769259	GOMEZ MUÑOZ YORLEY	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

D0549E1916179008EB1A397A0E8CA0FF

Certificado impreso el día 9/14/2021 7:32:03 AM por el portal de empresas Edesk

563



www.positiva.gov.co



YORLEY FELIPE
GOMEZ MUÑOZ
1000769259

LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012

Este carné es personal e intransferible.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 14/09/2021, el empleador LUIS CARLOS RAMOS SOTO identificado con NIT número 8674012 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3692195	14/09/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1000769259	YORLEY FELIPE GOMEZ MUÑOZ	908526	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2021-09-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Septiembre del año 2021.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

S64

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:

YORLEY FELIPE GOMEZ MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.769.259**, 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:

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.

COMFAMA Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligencie este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agropecuario	Urbano
NIT X CC CE PA RC =	8674012		Ramos Soto Luis	4665416		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CC CE PA RC =	1000769259	Gomez	Nuñez	Yoley	Feline	1 2 3 4 5	27 04 2001	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Piedras Blancas	Antioquia	Medellin			3114759111	

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
X 1 2	$ 908526	8	240	X 1 2	15 09 2021	Auxiliar	SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

N1	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Genero	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC =								1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco	Discapacidad	Fecha de Nacimiento	Genero
CC CE PA RC =					Conyuge / Hijo / Hijastro / Padre / Madre / Hermano(a)		DD MM AAAA	Femenino / Masculino

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:

- ☐ Cuenta Personal — Numero de cuenta _____
- Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente
- Entidad financiera _____
- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte los entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este; y no lo tenga ignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama http://WWW.COMFAMA.COM/. Declaro bajo gravedad de juramento que: toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indicanos si en tu calidad de Afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y enterarte en las diferentes fuentes o consultas publicas para el cumplimento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extranjera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerdo que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información Hija y de tus beneficiarios que sea sensible. ☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail: protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	Yoley Gomez		

Cod. 108 - V14

Original (Comfama) - Cra 43a... VIGILADO SuperSubsidio

Escaneado con CamScanner

565

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1000769259-772793

Fecha Cierre: 31/12/2020 9:02:06 a. m.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	31 dic. 2020 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	YORLEY FELIPE GOMEZ MUÑOZ	**Identificación:**	1000769259
Género	MASCULINO **Edad:** 19	**Teléfono**	no reporta **Móvil:** 3112475911
Fecha Nacimiento:	27/04/2001	**Cargo:**	AYUDANTE
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	PIEDRAS BLANCAS	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**Peso: 63 Talla: 174 IMC: 21**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. ACTIVIDAD FISICA, MINIMO 30 MINUTOS MINIMO 4 VECES POR SEMANA
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL
TABLA DE SNELL	NORMAL
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	SIN RIESGO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL)UTILIZAR: GAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD, USAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION DE ACUERDO A LOS RIESGOS DEL OFICIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

NO





Yorley Felipe

CARLOS ANDRES OSPINA MONTOYA
Médico Especialista en Salud Laboral LIC- 2020-0060114346 -REG-2384

YORLEY FELIPE GOMEZ MUÑOZ 1000769259
Firma y cédula del Paciente

Bogotá D.C., septiembre 14 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que YORLEY FELIPE GOMEZ MU?OZ , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1000769259, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: COOAPPYME COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
ENTRENADOR FORMADOR: ERICA JOHANNA MARTINEZ ARISTIZABAL
SEDE DONDE SE FORMO: CENTRO DE CAPACITACIO
FECHAS DE FORMACIÓN: 25/03/2021 12:00:00 a. m. a 26/03/2021 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día septiembre 14 de 2021

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO
A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

YORLEY FELIPE GOMEZ MUÑOZ
D.I. **1000769259**
REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Con una intensidad de (**20**) horas
Ministerio de Trabajo - Radicado 08SE2019220000000050143
Organismo Certificador ICONTEC CS - CER720759

CÓDIGO: 3403

FECHA DE CAPACITACIÓN:
25/03/2021 AL 26/03/2021

FECHA DE EXPEDICIÓN:
26 de Marzo de 2021

MEDELLÍN, COLOMBIA.

Entrenador
Lic. N° 2019060434128
ERICA JOHANNA MARTINEZ ARISTIZABAL

Luis Fernando Valencia T.
Representante Legal

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA
DE APOYO A LA PEQUEÑA,
MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

YORLEY FELIPE GOMEZ MUÑOZ
D.I. 1000769259
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
REENTRENAMIENTO
CODIGO: 3403
26 de Marzo de 2021

DR. CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA MD Esp. Salud Ocupacional	**CERTIFICADO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL**

1 IDENTIFICACIÓN

					Fecha del examen:	23 de marzo de 2021	
Nombre completo						Identificación	
YORLEY FELIPE GOMEZ MUÑOZ						1000769259	
Empresa			Cargo			Área / Sector económico	
LUIS CARLOS RAMOS			PILERO			CONSTRUCCION	
Lugar y fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estado civil	EPS		AFP	ARL
4/27/2001BRICEÑO	19	MASC	UNION LIBRE	NUEVA		NO RELATA	SURA
Escolaridad/Oficio	Barrio / Vereda		Ciudad / Municipio			Teléfono o Celular	Centro
PRIMARIA	SANTO DOMINGO		MEDELLIN			311247591	COAP

2. CONCEPTO: De acuerdo con el examen ocupacional realizado al trabajador se considera:

Para el cargo		Para trabajos en alturas	X	Para espacios confinados		APLAZADO	
FAVORABLE	X	(1) CON PATOLOGÍA **NO** RESTRICTIVA (CON RECOMENDACIONES)		(2) CON PATOLOGÍA RESTRICTIVA (CON RESTRICCIONES)			

RECOMENDACIONES (1) Y RESTRICCIONES (2):

1 SIN RECOMENDACIONES

2 SIN RESTRICCIONES

Obligaciones para cumplir por parte del examinado:

1. Capacitarse en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Usar los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural y realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
4. Evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma; y mantener las mismas recomendaciones definidas para su trabajo.
5. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda para hombres, o 12.5kg y 25 kg para mujeres.
6. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
7. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

CERTIFICACION PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS: De acuerdo con las respuestas dadas en el cuestionario de estado de salud para trabajos en alturas, y a la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, se considera este resultado, previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud, acorde con lo establecido en las Resoluciones 1409 de 2012 del Ministerio de la Protección Social y 0491 de 2020 de Min trabajo. El trabajador no refiere episodios de vértigos, ni crisis de epilepsia actuales o previas, ni el consumo de sustancias psicoactivas.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

DR CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA CC. 79 285.049 Reg Med. 5180 LSO. 20190601560091	Yorley Felipe
Nombre Médico evaluador	Firma y cedula del examinado

El empleo es de todos | Mintrabajo

Bogotá D.C., septiembre 14 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que EUGENIO ANTONIO RIVERO POLO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 78031901, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: COOAPPYME COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
ENTRENADOR FORMADOR: ERICA JOHANNA MARTINEZ ARISTIZABAL
SEDE DONDE SE FORMO: CENTRO DE CAPACITACIO
FECHAS DE FORMACIÓN: 09/12/2020 12:00:00 a. m. a 10/12/2020 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día septiembre 14 de 2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **78.031.901**

RIVERO POLO
APELLIDOS

EUGENIO ANTONIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUN-1979**
CERETE
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-ENE-1998 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0112100-00859668-M-0078031901-20161027 0052016279A 1 2284153218

HOJA DE VIDA

DATOS PERSONALES

NOMBRE	eugenio rivera polo
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**71031901** de cerete
FECHA DE NACIMIENTO	17 de junio de 1979
LUGAR DE NACIMIENTO	cerete
ESTADO CIVIL	soltero
DIRECCIÓN	cl 65 no 18 - b 166
TELÉFONO	**3226564328**
CARGO	ayudante de construccion

EXPERIENCIA LABORAL

INGEADES S.A.S
CARGO: ayudante
TIEMPO: 56 meses

CONSTRUEXITO S.A.S
CARGO: ayudante
TIEMPO: 24 meses

REFERENCIAS PERSONALES

rodrigo hoyos
TELÉFONO: 3122435566

Eugenio rivera
C.C. 71031901 de cerete

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este eugenio Antonio Rivera polo con cédula 78031901 de cerete todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1º el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2º Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 15/09/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3º Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 12000000 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4º El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5º el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6º las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7º Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8º antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9º este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7º del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10º cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8º. Del decreto 2351/65. 11º se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 15/09/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

LUIS CARLOS RAMOS
CC 8674012

eugenio rivera
cédula 78031901

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: martes, 14 de septiembre de 2021 07:26:16 AM

Período del informe: 202108

Pagada en horario 13/09/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS CARLOS RAMOS SOTO		
Documento	NI8674012	**Dirección**	CL59B NO 68-67 INT 202
Tipo de Empresa		**Teléfono**	4665716
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BELLO	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	RAMOS SOTO LUIS CARLOS	**Identificación**	CC8674012

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 78031901	RIVERO POLO EUGENIO ANTONIO	51507930	13/09/2021	202108	202109																		30	30	30	30	230201	EPS002	14-23	CCF04	$908.526	$908.526	$908.526	$908.526	$145.400	$36.400	$63.300	$36.400	$0	$0	$0	$0	$281.500

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

540

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 01/06/2021

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	8674012	**Cédula Usuario:**	C 8674012
Nombre:	LUIS CARLOS RAMOS SOTO				
Dirección:	CL 59B 68 67 IN 202				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	BELLO	
Correo electrónico:	lramossoto@yahoo.com				
Teléfono:	4665716		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	221	02/06/2021	C 78031901	RIVERO POLO EUGENIO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

67F79B57A105ED7615FB01EA66983B81

Certificado impreso el día 6/1/2021 2:58:53 PM por el portal de empresas Edesk

571


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
www.positiva.gov.co
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
EUGENIO ANTONIO
RIVERO POLO
78031901
LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012
Este carné es personal e intransferible.
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

S72

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4006672203	01|10|6|2|0|2|1

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**		**Codigo** (a registrar por la EPS) 1
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RIVERO (Primer apellido)	POLO (Segundo apellido)	EUGENIO (Primer nombre)	ANTONIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	78031901	Femenino ☐ Masculino ☒	1|7|0|6|1|9|7|9

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	PROTECCION	908526

18.Residencia			
CL 81 AA 32 **Dirección**	**Telefono fijo**	3175484507 **Telefono celular**	LRAMOSSOTO@YAHOO.COM **Correo electronico**
MEDELLIN **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	ANTIOQUIA **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**	**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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia					33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	
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 TRANVIA - VS TRANVIA	VSTRANVIA - VSTRANVIA
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)
RAMOS SOTO LUIS	CC	8674012	01

39.Ubicación				
CL59 B 68 67 AP 202 Dirección	4665716 Teleéfono	LRAMOSSOTO@YAHOO.COM Correo electrónico	MEDELLIN Municipio/distrito	ANTIOQUIA Departamento

No de Radicacion
4006672203

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 ☐		0|1|0|6|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 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 internación 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 clinica 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 poir 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, asi como la veracidad de las demás información registrada.

573

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RIVERO POLO EUGENIO ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **78.031.901** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2012 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 01 de junio de 2021.

Cordialmente,

Laura P. Merchán 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

20210601145944

comfama **Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar**

SP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD MM AAAA

Datos del empleador

Tipo de identificación	No. Identificación	DV	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Área	Extensión
X	8674012		RAMOS SOTO LUIS	4665716		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Otros nombres	Estado civil	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Género
CC	98031901	RUEDA	POLO	EUGENIO	ANTONIO	X	04 06 1991	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CL 96A Nº 107-31	ANTIOQUIA	MEDELLIN			3226564328	

Datos laborales

Tipo de salario	Salario mes	Horas semanales día	Horas semanales mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa DD MM AA	Tipo de vinculación laboral	Trabajador Sector Agropecuario SI / NO
X	$ 908526	8	240	L	01 06 21	AYUDANTE	

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No. de cotizaciones	Departamento	Ciudad/Municipio	Afiliado a Caja de Compensación SI / NO	Email

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Otros nombres	Teléfono	Fecha de nacimiento DD MM AAAA

Datos de las personas a cargo

Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Parentesco	Tipo de identificación	No. de identificación	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA

Medio de pago de la cuota monetaria

Rueda EUGENIO

Escaneado con CamScanner

574

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO
A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

EUGENIO ANTONIO RIVERO POLO
D.I. **78031901**
REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Con una intensidad de (**20**) horas
Ministerio de Trabajo - Radicado 08SE2019220000000050143
Organismo Certificador ICONTEC CS - CER720759

CÓDIGO: 2269

FECHA DE CAPACITACIÓN:
09/12/2020 AL 10/12/2020

FECHA DE EXPEDICIÓN:
10 de Diciembre de 2020

MEDELLÍN, COLOMBIA.

Entrenador
Lic. N° 2019060434128
ERICA JOHANNA MARTINEZ ARISTIZABAL

Luis Fernando Valencia T.
Representante Legal

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA
DE APOYO A LA PEQUEÑA,
MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

EUGENIO ANTONIO RIVERO POLO
D.I. 78031901
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
REENTRENAMIENTO
CÓDIGO: 2269
10 de Diciembre de 2020

DR. CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA MD Esp. Salud Ocupacional	**CERTIFICADO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL**

1 IDENTIFICACIÓN

				Fecha del examen:		10 DICIEMBRE 2020	
Nombre completo						Identificación	
EUGENIO ANTONIO RIVERO POLO						78031901	
Empresa			Cargo			Área / Sector económico	
LUIS CARLOS RAMOS			EXCAVACIONES			CONSTRUCCION	
Lugar y fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estado civil	EPS		AFP	ARL
6/17/1979 CERETE CORDOBA	41	MASC	CASADO	SALUD TOTAL		PROTECCION	POSITIVA
Escolaridad/Oficio	Barrio / Vereda		Ciudad / Municipio			Teléfono o Celular	Centro
BACHILLER	MORAVIA		MEDELLIN			3226564328	COAP

2. CONCEPTO: De acuerdo con el examen ocupacional realizado al trabajador se considera:

Para el cargo		Para trabajos en alturas	X	Para espacios confinados		APLAZADO	
FAVORABLE	X	(1) CON PATOLOGÍA **NO** RESTRICTIVA (CON RECOMENDACIONES)		(2) CON PATOLOGÍA RESTRICTIVA (CON RESTRICCIONES)			

RECOMENDACIONES (1) Y RESTRICCIONES (2):

1 SIN RECOMENDACIONES

2 SIN RESTRICCIONES

Obligaciones para cumplir por parte del examinado:

1. Capacitarse en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Usar los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural y realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación,
4. Evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma; y mantener las mismas recomendaciones definidas para su trabajo.
5. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda para hombres, o 12.5kg y 25 kg para mujeres.
6. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
7. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

CERTIFICACION PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS: De acuerdo con las respuestas dadas en el cuestionario de estado de salud para trabajos en alturas, y a la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, se considera este resultado, previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud, acorde con lo establecido en las Resoluciones 1409 de 2012 del Ministerio de la Protección Social y 0491 de 2020 de Min trabajo. El trabajador no refiere episodios de vértigos, ni crisis de epilepsia actuales o previas, ni el consumo de sustancias psicoactivas.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

DR CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA CC. 79.285.049 Reg Med. 5180 LSO. 2019060156091	78.031.906
Nombre Médico evaluador	Firma y cedula del examinado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.076.328.948**

WALDO QUINTO

APELLIDOS

JUAN YAIRSO

NOMBRES

Juan YAIRSO WQ

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-1992**

EL CANTON DEL SAN PABLO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-SEP-2010 ISTMINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1701900-00279557-M-1076328948-20[illegible]10131 0025663809A 1 35235885

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este juan yairso waldo con cédula 1.076.328.948 de alto baudo todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 22/09/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 22/09/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

Carlos Ramos

LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012

Juan Waldo

---

juan waldo

cédula 1.076.328.948

HOJA DE VIDA

JUAN YAIRSO WALDO QUINTO

Datos Personales
Datos Personales

Cedula de Ciudadanía: **1.076.328.948** de istamina

lugar de nacimiento : el cantón del san pablo

Fecha De Nacimiento: 27 de agosto del 1992

Edad: 29 años

Estado Civil: union libre

Dirección: Cll 39 ac no 115 b 076

Celular: 3329616

Estudios Realizados
Estudios Realizados

Educación primaria: Institución Educativa Central Currulao

2007

Experiencia Laboral
ExperienciaLaboral

Empresa: Independiente
Cargo: Ayudante de obra
Jefe Inmediato: Deibinson Candoza
Tiempo Laborado: 1 ano

Empresa:	Finca Renacer (Bananera)
Cargo:	Oficios varios
Jefe Inmediato:	Juan Carlos Hinestroza
Tiempo Laborado:	6 meses

Referencias Personales

Referencias Personales

Nombre:	Luis Alberto Páez Restrepo
Cargo:	Alpinista
Celular:	3042480449

Referencias Familiares

Referencias Familiares

Nombre:	Yesenia Maria Medina Quiroz
Cargo:	Salud Ocupacional
Celular:	3135593310
Nombre:	Mayerly Candanoza
Cargo:	Aseo general
Celular:	3227714342

juan waldo quinto
CC 1076328948 de istamina

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/09/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	8674012	**Cédula Usuario:**	C 8674012
Nombre:	LUIS CARLOS RAMOS SOTO				
Dirección:	CL 59B 68 67 IN 202				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	BELLO	
Correo electrónico:	lramossoto@yahoo.com				
Teléfono:	4665716		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	231	20/09/2021	C 1076328948	WALDO QUINTO JUAN	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

72D9015412E68D981234BA464955A1FA

Certificado impreso el día 9/19/2021 9:55:59 PM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co

JUAN YAIRSO
WALDO QUINTO
1076328948

LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012

Este carné es personal e intransferible.



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

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. Colectiva [ ] 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			
WAIDO	QUINTO	JUAN	YAIRO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CEDULA	1076328948	Femenino Masculino X	27 08 1992

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [ ] Condición [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	908526

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
C 139 BC # 115 B 076		3329616261	

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
MEDELLIN	Urbana X Rural [ ]	SAN JAVIER	ANTIOQUIA

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	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 documento 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	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. 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 E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
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 (A registrar por la E.P.S.)
RAMOS SOTO LTDA	C	8674012	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
BELLO CL 39B # 68-67	4665726	LRAMOSSOTOCYAHOO.COM	BELLO	ANTIOQUIA

Escaneado con CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación 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
- [ ] 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 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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ]	[ ]		13/09/2021

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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje 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
Juan Valdez	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] — 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 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 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	69. Fecha de Validación
[ ][ ]	[ ][ ]				[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

Escaneado con CamScanner

580

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:

JUAN YAIRSO WALDO QUINTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.076.328.948**, 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.

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Agencia	Subsidio
NIT X CE CE PA RC TI	8674012		Ronco Soto Luis	4665716		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Genero
X CE PA RC TI	1076328948	Waldo	Quinto	Juan	Ydilio	1 2 3 4 5	27 08 1991	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
cll 39 AC #115B076	Antioquia	Medellin			3324255160	

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa DD MM AAAA	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
X 2 3	$ 908526	8	240	X 2	21 09 2021	Ayudante	SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Genero	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Ocupación 1 2 3 4 5
CC CE PA RC TI								

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación CC CE PA RC TI	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco Conyugue Hijo Hijastro Padre/Madre Hermano(a)	Discapacidad	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Género Femenino	Masculino

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de

☐ Cuenta Personal Numero de cuenta _____

Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente

Entidad financiera _____

☐ Tarjeta de afiliación

☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste; y no lo tenga pignorado. además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/. Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es veridica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002 por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para informarle sobre los diversos servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos; para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente, y para otras finalidades necesariamente conexas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados, como pueden ser, correo electrónico, teléfonos, SMS, fax, entre otros. Acepto este tratamiento que me ha sido informado____ No Acepto este tratamiento____. La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail:proteccionDatosPersonales@comfama.com.co. o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 48 a 18 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama

Original (Comfama) - Copia Subsidio

Escaneado con CamScanner

581

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO
A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

JUAN YAIRSO WALDO QUINTO
D.I. **1076328948**
REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Con una intensidad de (**20**) horas
Ministerio de Trabajo - Radicado 08SE2019220000000050143
Organismo Certificador ICONTEC CS - CER720759

CÓDIGO: 2200

FECHA DE CAPACITACIÓN:
27/11/2020 AL 28/11/2020
FECHA DE EXPEDICIÓN:
28 de Noviembre de 2020
MEDELLÍN, COLOMBIA.

Entrenador
Lic. Nº 2019060434128
ERICA JOHANNA MARTINEZ ARISTIZABAL

Luis Fernando Valencia T.
Representante Legal

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA
DE APOYO A LA PEQUEÑA,
MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

JUAN YAIRSO WALDO QUINTO
D.I. 1076328948
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
REENTRENAMIENTO
CÓDIGO 2200
28 de Noviembre de 2020

Escaneado con CamScanner

DR. CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA MD Esp. Salud Ocupacional	**CERTIFICADO** **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL**

1 IDENTIFICACIÓN

				Fecha del examen:		**24 DE NOVIEMBRE DE 2020**	
Nombre completo						Identificación	
JUAN YAIRSO WALDO QUINTO						1076328948	
Empresa			Cargo			Área / Sector económico	
LUIS CARLOS RAMOS SOTO			OFICIAL DE CONSTRUCCION			CONSTRUCCION	
Lugar y fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estado civil	EPS		AFP	ARL
ITSMINA, CHOCO 8/27/1992	28	MASC	UNION LIBRE	SANITAS		PORVENIR	POSITIVA
Escolaridad/Oficio	Barrio / Vereda		Ciudad / Municipio			Teléfono o Celular	Centro
SEXTO	SAN JAVIER		MEDELLIN			3234172989	CO

2. CONCEPTO: De acuerdo con el examen ocupacional realizado al trabajador se considera:

Para el cargo		Para trabajos en alturas	X	Para espacios confinados		APLAZADO	
FAVORABLE	X	(1) CON PATOLOGÍA **NO** RESTRICTIVA (CON RECOMENDACIONES)		(2) CON PATOLOGÍA RESTRICTIVA (CON RESTRICCIONES)			

RECOMENDACIONES (1) Y RESTRICCIONES (2):

1 SIN RECOMENDACIONES

2 SIN RESTRICCIONES

Obligaciones para cumplir por parte del examinado:

1. Capacitarse en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Usar los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural y realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación,
4. Evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma; y mantener las mismas recomendaciones definidas para su trabajo.
5. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda para hombres, o 12.5kg y 25 kg para mujeres.
6. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
7. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

CERTIFICACION PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS: De acuerdo con las respuestas dadas en el cuestionario de estado de salud para trabajos en alturas, y a la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, se considera este resultado, previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud, acorde con lo establecido en las Resoluciones 1409 de 2012 del Ministerio de la Protección Social y 0491 de 2020 de Min trabajo. El trabajador no refiere episodios de vértigos, ni crisis de epilepsia actuales o previas, ni el consumo de sustancias psicoactivas.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

DR CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA CC. 79.285.049 Reg Med. 5180 L.SO. 2019060156091	
Nombre Médico evaluador	Firma y cedula del examinado

Escaneado con CamScanner

582

El empleo es de todos | Mintrabajo

Bogotá D.C., septiembre 22 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JUAN YAIRSO WALDO QUINTO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1076328948, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: COOAPPYME COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
ENTRENADOR FORMADOR: ERICA JOHANNA MARTINEZ ARISTIZABAL
SEDE DONDE SE FORMO: CENTRO DE CAPACITACIO
FECHAS DE FORMACIÓN: 27/11/2020 12:00:00 a. m. a 28/11/2020 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día septiembre 22 de 2021

583

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.216.720.450

ZAPATA LONDOÑO
APELLIDOS

WILDER ALEXIS
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1996
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-ABR-2014 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0100150-01017394-M-1216720450-20180026 0061715822A 1 9904735963

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE **minerva** 10-00

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional. Art. 11 Decreto 1760 de 1990.

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.



Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
ZaPaTa	Londoño	wilder alexis

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
		$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento D M A	(*) Estado civil
medellin	23 | 4 | 1996	SolTero

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
C162 #134-60 (int 223)	Sancristobal	

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°	
1216720450		
Expedida en: medellin	Distrito N°	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☒ No ☐		4271499	

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACION Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Juan JEscobar	medellin	5°	2011
Bachillerato	- -	medellin	6	2012
Educación Superior			Años cursados	

Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Datos referentes a los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último y actual. Si necesita más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
contratista alex palacio		3014678480

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	ayudante de construcion

Funciones realizadas: ayudante

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
		$ minimo	$ minimo

Motivo del retiro: Terminacion de obra

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Legis - Prohibida toda reproducción total o parcial, por cualquier medio o impresa, sin autorización escrita de Legis. Todo contenido a publicar, sin perjuicio de los derechos de autor y demás establecidos en la Ley.

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este wilder Alexis zapata con cédula 1216720450 de medellin todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1º el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2º Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 23/09/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3º Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4º El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5º el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6º las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7º Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8º antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9º este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7º del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10º cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8º. Del decreto 2351/65. 11º se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 23/09/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

Carlos Ramos

LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012

Wilder Zapata

---

wilder zapata

cédula 1216720450

585

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/09/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	8674012	**Cédula Usuario:**	C 8674012
Nombre:	LUIS CARLOS RAMOS SOTO				
Dirección:	CL 59B 68 67 IN 202				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	BELLO	
Correo electrónico:	lramossoto@yahoo.com				
Teléfono:	4665716		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	234	23/09/2021	C 1216720450	ZAPATA LONDOÑO WILDER	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

3F0182CF9895F6ED44DFB1A1A59D4F08

Certificado impreso el día 9/22/2021 5:31:39 PM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co

WILDER ALEXIS
ZAPATA LONDOÑO
1216720450

LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012

Este carné es personal e intransferible.



586

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007135767	2|1|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	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ / B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**		**Codigo** (a registrar por la EPS) 1
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ZAPATA (Primer apellido)	LONDOÑO (Segundo apellido)	WILDER (Primer nombre)	ALEXIS (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1216720450	Femenino ☐ Masculino ☒	2|3|0|4|1|9|9|6

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 FPC	908526

18.Residencia			
CL 62 134 60 **Dirección**	4271469 **Telefono fijo**	**Telefono celular**	LRAMOSSOTO@YAHOO.COM **Correo electronico**
MEDELLIN **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	ANTIOQUIA **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**	**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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

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

32. 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	COOPERATIVA DE SALUD SAN EST - COOPERATIVA DE SALUD SAN EST	COOPSALUD - COOPSALUD
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)
RAMOS SOTO LUIS	CC	8674012	01

39.Ubicación				
CL59 B 68 67 AP 202 Dirección	4665716 Teleéfono	LRAMOSSOTO@YAHOO.COM Correo electrónico	MEDELLIN Municipio/distrito	ANTIOQUIA Departamento

No de Radicacion
4007135767

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|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 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 internación 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 clinica 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 poir 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

Widar Zapata	Carlos Ramos
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, asi como la veracidad de las demás información registrada.

587

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ZAPATA LONDOÑO WILDER ALEXIS** identificado(a) con **CC** número **1.216.720.450** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de noviembre de 2014 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 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

202109222058

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Importante: Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

BP	No. Solicitud	Fecha de Radicado DD MM AAAA

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	DV	Razón Social/Apellidos y nombres
NIT X	8694012		Rana Soto Luis

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Agropecuario	Sindical
CC X	1216720470	ZAPATA	LONDOÑO	WILDER	ALEXIS	4665716		

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
cl 62 # 134-60	ANTIOQUIA	MEDELLIN		4271499		

Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
1 X 2 3 4 5	23 04 1996	M X F

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
1 X 2 3	$ 908526	8	240	1 2 X	23 09 21	DYUCHOTE	SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razon Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación
				SI NO Cual?
				SI NO Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC TI CE RC PT						M F	DD MM AAAA	1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Género M F
RC TI CC CE PT					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:

- ☐ Cuenta Personal — Número de cuenta ____
  - Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente
  - Entidad financiera ____
- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este, y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario.

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

Información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y Ley de 2012. Además, la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para: información sobre los servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos, para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente, y para otras actividades relacionadas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos mismos efectos COMFAMA podrá enviar a los datos personales de contacto suministrados, como pueden ser, correo electrónico, teléfonos, SMS, fax, entre otros, sin tratamiento que no ha sido informado. ____ No Acepta este tratamiento. ____ La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail protecciondatospersonales@comfama.com.co o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 18 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	Wilder Londoño		

Cod. 1108 v01

Original (Comfama) - Copia Subsidio

Escaneado con CamScanner

588

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO
A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

WILDER ALEXIS ZAPATA LONDOÑO
D.I. **1216720450**
BASICO OPERATIVO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Con una intensidad de (**8**) horas
Ministerio de Trabajo - Radicado 08SE2019220000000050143
Organismo Certificador ICONTEC CS - CER720759

CÓDIGO: 2513

FECHA DE CAPACITACIÓN:
20/01/2021 AL 20/01/2021
FECHA DE EXPEDICIÓN:
20 de Enero de 2021
MEDELLÍN, COLOMBIA.

Entrenador
Lic. Nº 026042
JOSE OLIVER MARTINEZ CARDONA

Luis Fernándo Valencia T.
Representante Legal

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA
DE APOYO A LA PEQUEÑA,
MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6

WILDER ALEXIS ZAPATA LONDOÑO
D.I. 1216720450
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
BASICO OPERATIVO
CÓDIGO 2513
20 de Enero de 2021

DR. CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA MD Esp. Salud Ocupacional	**CERTIFICADO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL**

1 IDENTIFICACIÓN

Fecha del examen:	**19-01-2021**						
Nombre completo						Identificación	
WILDER ALEXIS ZAPATA LONDOÑO						1216720450	
Empresa			Cargo			Área / Sector económico	
LUIS CARLOS RAMOS			AYUDANTE DE CONSTRUCCION			CONSTRUCCION	
Lugar y fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estado civil	EPS		AFP	ARL
MEDELLIN, ANT-23/04/1996	24	MASC	SOLTERO	COOMEVA		PROTECCION	
Escolaridad/Oficio	Barrio / Vereda		Ciudad / Municipio			Teléfono o Celular	Centro
SEXTO	BARRIO NUEVO, SAN CRISTOBAL		MEDELLIN, ANT			3216749402	CO

2. CONCEPTO: De acuerdo con el examen ocupacional realizado al trabajador se considera:

Para el cargo		Para trabajos en alturas	X	Para espacios confinados		Aplazado	
FAVORABLE	X	(1) CON PATOLOGÍA **NO** RESTRICTIVA (CON RECOMENDACIONES)		(2) CON PATOLOGÍA RESTRICTIVA (CON RESTRICCIONES)			

RECOMENDACIONES (1) Y RESTRICCIONES (2):

1. Evitar el tabaquismo.

2.NO

Obligaciones para cumplir por parte del examinado:

1. Capacitarse en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Usar los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural y realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación,
4. Evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma; y mantener las mismas recomendaciones definidas para su trabajo.
5. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda para hombres, o 12.5kg y 25 kg para mujeres.
6. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
7. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

CERTIFICACION PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS: De acuerdo con las respuestas dadas en el cuestionario de estado de salud para trabajos en alturas, y a la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, se considera este resultado, previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud, acorde con lo establecido en las Resoluciones 1409 de 2012 del Ministerio de la Protección Social y 0491 de 2020 de Min trabajo. El trabajador no refiere episodios de vértigos, ni crisis de epilepsia actuales o previas, ni el consumo de sustancias psicoactivas.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

DR CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA CC. 79.285.049 Reg Med. 5180 L.S.O. 2019060156091	wilzez1 1216720450
Nombre Médico evaluador	Firma y cedula del examinado

Medellín-Colombia

589

Bogotá D.C., septiembre 23 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que WILDER ALEXIS ZAPATA LONDO?O, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1216720450, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS BÁSICO OPERATIVO
EMPRESA FORMADORA: COOAPPYME COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
ENTRENADOR FORMADOR: JOSE OLIVER MARTINEZ CARDONA
SEDE DONDE SE FORMO: CENTRO DE CAPACITACIO
FECHAS DE FORMACIÓN: 20/01/2021 12:00:00 a. m. a 20/01/2021 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día septiembre 23 de 2021

590

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.017.165.540
NUMERO

MARIN GARZON
APELLIDOS

SEBASTIAN
NOMBRES

Sebastian M
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-MAY-1988
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

27-DIC-2006 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0100100-14157562-M-1017165540-20070418 0312407107A 02 236815493

HOJA DE VID

CURRICULUM VITAE minerva

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Medellin	D 10 M 08 A 2020	Ayudante	

(*) Respuesta opcional Art. 11 decreto 2160 de 1992.

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Marín	Garzón	Sebastian

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Ayudante en construcción	8 años	$ Legal

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Medellin - Antioquia	D 24 M 05 A 1988	union libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
clle 59c 134-61 interior 105	El hueco	3058169860

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°	
1017165540	1017165540	

Expedida en:	Distrito N°	Primera clase:	Segunda clase:
Medellin		X	

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒			

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Monseñor Diego Mariu Comer	Medellin	5to	2003
Bachillerato	Maestro pedro nel gomez	Medellin	8vo	2006
Educación Superior				

Título obtenido y/o especialidad	Años cursados	Fecha

¿Qué estudios realiza actualmente?	Tipo de formación	Horario:
	Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐	

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Relacione los últimos dos empleos que haya tenido, comenzando por el último. Si necesita más espacio utilice una hoja adicional. Estos datos serán verificados.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Construcciones Lom.	Varante caldas	3002888224

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Luis ocampo	Ayudante

Funciones realizadas
Cortador y oficios varios

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
Enero 2019	Sep 2019	$ El minimo	$

Motivo del retiro	Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)
Termino de obra	

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Construcción JD	Envigado	

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
DIDier clavijo	Armazon y descofre

Funciones realizadas
Ayudante

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
octubre 2019	Abril 2020	$ El Minimo	$

Motivo del retiro	Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)
Termino de obra.	

© Legis. Prohibida toda reproducción total o parcial, sin la previa autorización escrita de Legis. Este ejemplar fue impreso y puesto en circulación bajo condiciones contractuales que limitan su uso.

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este sebastian marin con cédula 1017165540 de medellin todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 23/09/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 23/09/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

Carlos Ramos

LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012

Sebastian Marin

---

sebastian marin

cédula 1017165540

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/09/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	8674012	**Cédula Usuario:**	C 8674012
Nombre:	LUIS CARLOS RAMOS SOTO				
Dirección:	CL 59B 68 67 IN 202				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	BELLO	
Correo electrónico:	lramossoto@yahoo.com				
Teléfono:	4665716		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	235	23/09/2021	C 1017165540	MARIN GARZON SEBASTIAN	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

3F0182CF9895F6ED44DFB1A1A59D4F08 Certificado impreso el día 9/22/2021 5:34:44 PM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co



SEBASTIAN
MARIN GARZON
1017165540

LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012

Este carné es personal e intransferible.

S93

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007135816	21101912101211

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MARIN (Primer apellido)	GARZON (Segundo apellido)	SEBASTIAN (Primer nombre)	(Segundo nombre)

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1017165540	Femenino ☐ Masculino ☒	2|4|0|5|1|1|9|8|8

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 FPC	908526

18.Residencia			
CL 59 C 134 61 IN 105 Dirección	Telefono fijo	3058169860 Telefono celular	LRAMOSSOTO@YAHOO.COM Correo electronico
MEDELLIN Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	ANTIOQUIA 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	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 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	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. 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 UAB JUNIN - VS UOD VILLANUEVA	VSJUNIN - VSODVILLAN
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)
RAMOS SOTO LUIS	CC	8674012	01

39.Ubicación				
CL59 B 68 67 AP 202 Dirección	4665716 Teleéfono	LRAMOSSOTO@YAHOO.COM Correo electrónico	MEDELLIN Municipio/distrito	ANTIOQUIA Departamento

No de Radicacion
4007135816

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|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 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 internación 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 clinica 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 poir 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
Sebastian Marin	Carlos Reus

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, asi como la veracidad de las demás información registrada.

594

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:

SEBASTIAN MARIN GARZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.017.165.540**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 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.

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Importante: - Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario
- Diligencie este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD MM AAAA

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razon Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Antioquia	Sumapaz
NIT X CC CE PA RC TI	8674012		Rono Soto Luis	4605716		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Genero
X CC CE PA RC TI	1017655140	MARIN	GOMEZ	SEBASTIÁN		1 2 3 4 5	24 05 1988	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
C/ 59C #134-61	ANTIOQUIA	MEDELLIN			3058169860	

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato		Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
X 2 3	$ 908526	8	240	X	2	23 09 21	AYUDANTE	SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razon Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensacion				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Genero	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI						F M	DD MM AAAA	1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco: Conyuge	Hijo	Hijastro	Padres/Padrastro	Hermano	Discapacidad	Fecha de Nacimiento: DD	MM	AAAA	Genero: Femenino	Masculino
CC CE PA RC TI															

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:

- ☐ Cuenta Personal — Numero de cuenta _____
- Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente
- Entidad financiera _____
- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte los enlaces con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario Mayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/. Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es veridica Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002 por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para informarle sobre los diversos servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos; para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente, y para otras finalidades necesariamente conexas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados (como pueden ser correo electrónico, teléfonos, SMS, fax, entre otros). Acepto este tratamiento que me ha sido informado____ No Acepto este tratamiento____ La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail proteccióndatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	Sebastián Marín		

Original (Comfama) - Copia (Empresa)

Escaneado con CamScanner

595

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 1017165540-931777

Fecha Cierre: 24/09/2021 11:09:31 a.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24 sept. 2021 - MEDELLIN		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	SEBASTIAN MARIN GARZON		**Identificación:**	1017165540	
Género	MASCULINO	**Edad:** 33	**Teléfono**	NO REPORTA	**Móvil:** 3018169860
Fecha Nacimiento:	24/05/1988		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
Dirección	SAN CRISTOBAL		**ARL:**	NO REPORTA	
Escolaridad:	BACHILLERATO		**AFP:**	PORVENIR S.A.	
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO		**Peso: 69.2 Talla: 170 IMC: 24**		
			Área: OPERATIVA		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	ANORMAL SIN COMPROMISO DE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES	1. CONTROL PERIODICO, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO. INCLUIR EN PVE
VISIOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		DIETA NORMO CALORICA, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA UNA HORA MÍNIMO 4 VECES POR SEMANA. MANEJO ADECUADO DE CARGAS Y ADECUADA POSTURA CORPORAL. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO CON EL SG SST DE LA EMPRESA. SE RECOMIENDA SEGUIR LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA PRASS DEL DECRETO 1109 DEL 10 DE AGOSTO DE 2020. EL TRABAJADOR TIENE EL DEBER DE REALIZAR EL REPORTE DE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA. EVITAR HABITOS COMO TEJO, MUSICA A VOLUMEN ALTO, NO ESCUCHAR POR MAS DE DOS HORAS CONTINUAS AUDIFONOS, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.
TRIGLICERIDOS	NORMAL	
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL NO LIMITANTE	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	CON RIESGO	
ANEXO ALTURAS	CUMPLE CRITERIOS, PREVIO ENTRENAMIENTO.	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones: RECOMENDAMOS SE HAGA VACUNAR CONTRA EL CORONAVIRUS.

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION.
SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL), UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR.
ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD.
CAPACITAR SOBRE EL SISTEMA DE SEGURIDAD DE EMERGENCIA
EN CASO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, SE DEBE EVITAR LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.
CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 1409 DE 2012.'

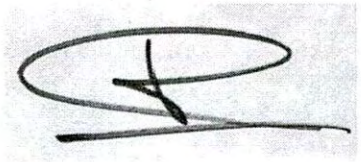
Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	PPyP

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS	VALORACIÓN EN 3 MESES, CON ESTUDIO DE PERFIL LIPIDICO.



Sebastian Marin

RODOLFO SERRATO BONILLA

Médico Especialista en Salud Laboral 25-5185

SEBASTIAN MARIN GARZON 1017165540

Firma y cédula del Paciente

Bogotá D.C., septiembre 24 de 2021

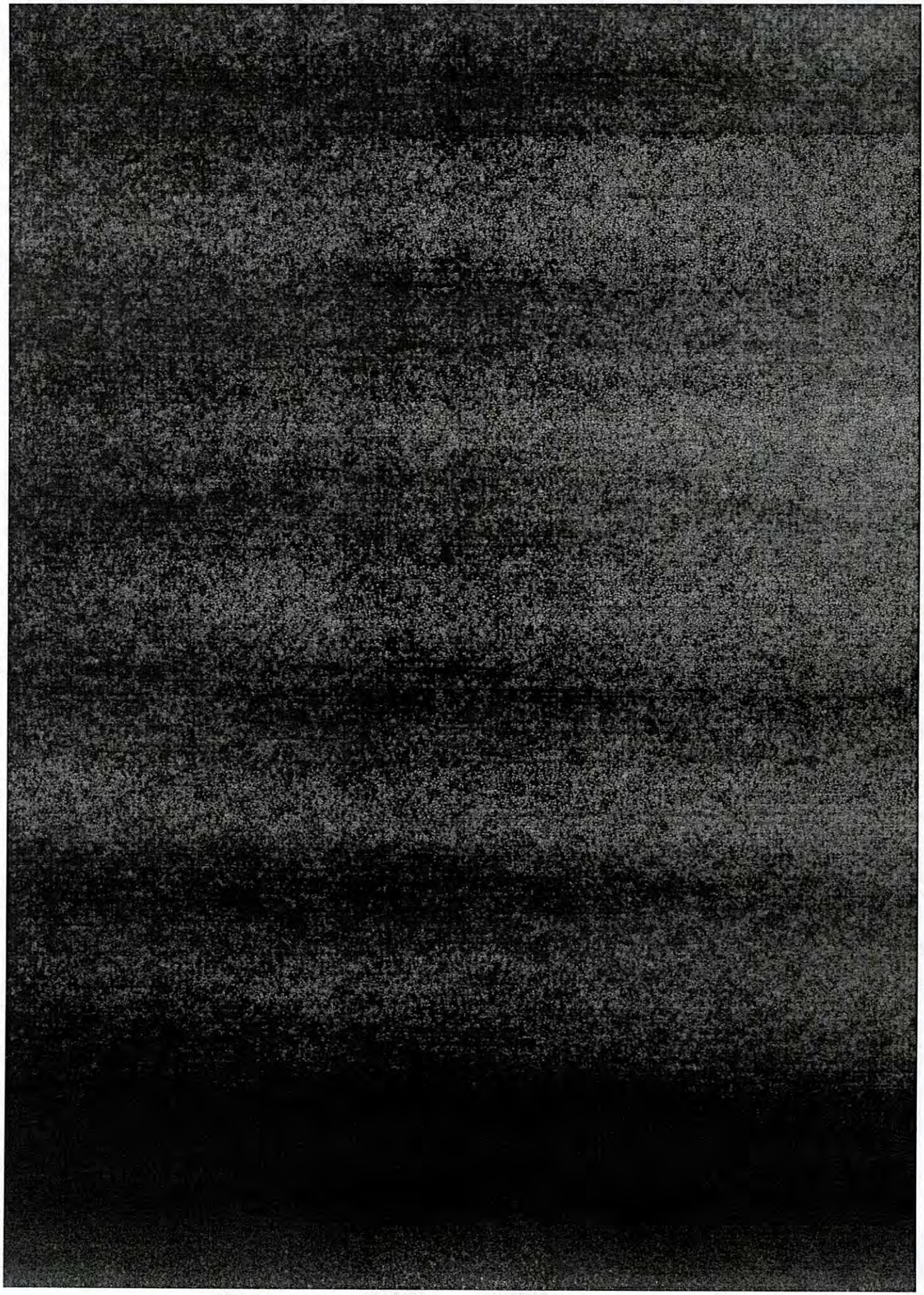
CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que SEBASTIAN MARIN GARZON, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1017165540, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: MEDIOS DE ALTURA Y SEGURIDAD SAS
ENTRENADOR FORMADOR: CARLOS MARIO GARCIA MORALES
SEDE DONDE SE FORMO: MEDIOS DE ALTURA Y SEGURIDAD SAS
FECHAS DE FORMACIÓN: 29/05/2021 12:00:00 a. m. a 30/05/2021 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día septiembre 24 de 2021



Hoja de Vida

HOJA DE VIDA



DANIEL CORDOBA BEJARANO

PERFIL PROFESIONAL

Me considero una persona proactivo, responsable, honesto, solidaro, dispuesto a laborar en el campo competitivo y bajo presión; Con deseos de pertenecer a una institución de prestigio, en la cual pueda desempeñarme profesionalmente, con grandes deseos de superación y con expectativas de crecimiento profesional.

Datos Personales

Datos personales

Cédula	:	1.078.117.398 de Atrato (Yutó)
Fecha De Nacimiento	:	13 de Junio de 1993 Atrato (Yutó)
Estado Civil	:	Unión libre
Dirección	:	Carrera 49 No 107 Int 110
Barrio	:	San Javier
Teléfono	:	301 735 88 71

Referencias Personales

Referencias Personales

Nombre	:	DEVINSON CORDOBA
Profesión	:	Pilero
Teléfono	:	313 650 32 55

Nombre	:	JOSE ANTERO
Profesión	:	Pilero
Teléfono	:	320 504 80 02

Referencias familiares

Referencias familiares

Nombre	:	YESICA RAMIREZ
Profesión	:	Ama de casa
Teléfono	:	310 834 25 27

Nombre	:	WILDER CORDOBA
Profesión	:	Ingeniero
Teléfono	:	350 244 19 97

DANIEL CORDOBA BEJARANO
CC 1.078.117.398

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este Daniel córdoba con cédula 1078117398 de atrato todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 22/09/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 22/09/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

Carlos Ramos

LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012

Daniel Córdoba

Daniel córdoba

cédula 1078117398

S99

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 CORDOBA BEJARANO identificado con Cédula Ciudadanía No. 1078117398, de la empresa LUIS CARLOS RAMOS SOTO está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 21/09/2021 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): 202101019235401.

Dada en Bogotá, a los 20 días del mes de septiembre de 2021

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 20/09/2021 12:21:36 p. m.
ISCDC: 20/09/2021 12:21:36 p. m.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DANIEL CORDOBA BEJARANO identificado(a) con C.C No. 1.078.117.398, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 21 de septiembre del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

600

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/09/2021, el empleador LUIS CARLOS RAMOS SOTO identificado con NIT número 8674012 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3707966	20/09/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1078117398	DANIEL CORDOBA BEJARANO	908526	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2021-09-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Septiembre del año 2021.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

El centro de entrenamiento ICSO S.A.S. NIT. 900.401.469-6
Con el aval del Ministerio de Trabajo y dando cumplimiento a la NTC 6072; 2014. Por la cual se autoriza a ICSO S.A.S, en la implementación de los siguientes programas: Básico operativo, Administrativo para jefes de área, avanzado, coordinador y reentrenamiento para el trabajo seguro en alturas.

Certifican que:

DANIEL CORDOBA BEJARANO

CC. 1.078.117.398

Ha cumplido satisfactoriamente los objetivos de desempeño de:
REENTRENAMIENTO DE NIVEL AVANZADO PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS , realizado en el mes de Agosto de 2021. En Copacabana, Antioquia., con una duración de 20 horas.

Se expide el presente certificado a los Treinta (30) días del mes de Agosto de 2021. En Copacabana, Antioquia.

ESTEBAN MONTOYA FRANCO
Representante Legal
CC. 1.152.683.199

iyc4132018

WILSON PEREZ LONDOÑO
Entrenador Certificado
Licencia S.O. N° 007055
Registro electrónico SENA
N° 920300400111CC70565708C

Verifique este certificado ingresando el codigo en www.icso.co o llamando al (4)274-69-44

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1078117398-927726

Fecha Cierre: 17/09/2021 4:37:37 p. m.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	17 sept. 2021 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DANIEL CORDOBA BEJARANO	**Identificación:**	1078117398
Género	MASCULINO **Edad:** 28	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3004833775
Fecha Nacimiento:	13/06/1993	**Cargo:**	PILERO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CARRERA 49 N 110 A INT 111	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**Peso: 75 Talla: 171 IMC: 26**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

DIETA BAJA EN CALORIAS, DISMINUIR EL CONSUMO DE FRITOS Y HARINAS Y CONSUMIR ABUNDANTES FRUTAS Y VERDURAS. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA UNA HORA MÍNIMO 4 VECES POR SEMANA. MANEJO ADECUADO DE CARGAS Y ADECUADA POSTURA CORPORAL. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA EN EPS PARA ASESORIA Y SEGUIMIENTO EN CONTROL DE PESO CORPORAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO CON EL SG SST DE LA EMPRESA. SE RECOMIENDA SEGUIR LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA PRASS DEL DECRETO 1109 DEL 10 DE AGOSTO DE 2020. EL TRABAJADOR TIENE EL DEBER DE REALIZAR EL REPORTE DE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA.

EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL
TABLA DE SNELL	NORMAL
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	CON RIESGO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: RECOMENDAMOS SE HAGA VACUNAR CONTRA EL CORONAVIRUS.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL)UTILIZAR: GAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD, USAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION DE ACUERDO A LOS RIESGOS DEL OFICIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	PPyP

Información de Remisiones

NO





Daniel Cordoba

RODOLFO SERRATO BONILLA
Médico Especialista en Salud Laboral 25-5185

DANIEL CORDOBA BEJARANO 1078117398
Firma y cédula del Paciente

Bogotá D.C., septiembre 22 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que DANIEL CORDOBA BEJARANO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1078117398, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: ICSO SAS
ENTRENADOR FORMADOR: ANA MILENA CARDONA CANO
SEDE DONDE SE FORMO: ICSO S.A.S
FECHAS DE FORMACIÓN: 28/08/2021 12:00:00 a. m. a 29/08/2021 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 HORAS horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día septiembre 22 de 2021

MILTON JAVIER RODRIGUEZ PPADILLA



PERFIL

Soy una persona respetuosa, analítico, me caracterizo por mi responsabilidad, orden y compromiso con mis labores. Soy una persona sociable, y colaborador en mi entorno tanto laboral, como en lo cotidiano del día a día

DATOS PERSONALES

NOMBRE

Milton Javier rodríguez padilla

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

4.799.692 de Quibdó - choco

FECHA DE NACIMIENTO

03 / 06 /1981

LUGAR DE NACIMIENTO

Quibdó - choco

ESTADO CIVIL

Soltero

Escaneado con CamScanner

HIJOS

2 (edad 11 y 15 años)

DIRECCIÓN

calle 47 # 2 BB – 191 Apto 116- buenos aires vía santa Elena.

TELÉFONO

312 366 67 36 – 301 479 66 35

E-MAIL miltonrodrriquezcafor@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

Técnicos:

TÉCNICO ELECTRICISTA - ESTUDIANTE

Estudios Secundarios: Institución educativa
Rogelio Velásquez murillo
Quibdó – choco 2002

Estudios Primarios: Institución educativa
República de panamá
Tutunendo – choco 2007

TALLERES Y CURSOS

Curso: diplomado virtual en RETIE

REFERENCIAS PERSONALES

REFERENCIA 1, Johana Asprilla Chef

320 826 26 03

Escaneado con CamScanner

REFERENCIA 2, Nuri Blandón (tía)

Docente

314 654 15 11

REFERENCIA 3, Felipe Rodríguez (Hermano)

323 443 35 59

Técnico electricista

MLTON RODRIGUEZ P
FIRMA

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.799.692
RODRIGUEZ PADILLA
APELLIDOS
MILTON JAVIER
NOMBRES



T.L. 3123688736

CLL 47 2BB 191



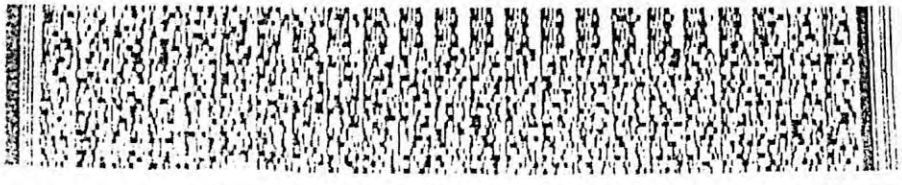
FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1981
WINANDO
QUIBDO (CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-MAY-2001 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1700109-00108771-M-0004799692-20031218 0008277320A 1 9922948771

Escaneado con CamScanner

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este Milton javier rodriguez con cédula 4799692 de quibdo todo quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución de la obra terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 28/09/21 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 908526 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejectar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 28/09/21 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias



LUIS CARLOS RAMOS
CC 8674012



Milton rodriguez
cédula 4799692

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 24/09/2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	8674012	**Cédula Usuario:**	C 8674012
Nombre:	LUIS CARLOS RAMOS SOTO				
Dirección:	CL 59B 68 67 IN 202				
Departamento:	ANTIOQUIA		**Municipio:**	BELLO	
Correo electrónico:	lramossoto@yahoo.com				
Teléfono:	4665716		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	237	25/09/2021	C 4799692	RODRIGUEZ PADILLA MILTON	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

8DDA60A8A00CEF91E0561894190748B8

Certificado impreso el día 9/24/2021 4:09:29 PM por el portal de empresas Edesk


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
Compañía de Seguros
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Aplica solo para operadores Claro, Movistar y Tigo
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
www.positiva.gov.co
POSITIVA
Compañía de Seguros
MILTON JAVIER
RODRIGUEZ PADILLA
4799692
LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012
Este carné es personal e intransferible.

606

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:

MILTON JAVIER RODRIGUEZ PADILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.799.692**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/09/2021, el empleador LUIS CARLOS RAMOS SOTO identificado con NIT número 8674012 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3722823	24/09/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	4799692	MILTON JAVIER RODRIGUEZ PADILLA	908526	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2021-09-24

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Septiembre del año 2021.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

607

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Diligenciar:
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligencie este formulario con bolígrafico y utilizar letra de color negro.
- Favor no escribir sobre espacios sombreados, no utilizar corrector en los casillas.

EP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	DV	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Municipio	Sub-zonal
X NIT	8624012		Ramos Soto Luis	4665716		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Género
X CC TI RC PE	4799692	Rodriguez	Padilla	Milton	Javier	X S C U V	03 06 1981	X M F

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Cl 47 # 28B Apto 116	Antioquia	Medellin			3126888 97	

Datos laborales

Tipo de Salario	Valores mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa DD MM AAAA	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
X F	$ 908526	8	240	X T	29 09 21	Ayudante	SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

NIT	Razón Social	No de horas/hora	Extranjeros	Afiliado a Caja de Compensación				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Genero	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Ocupación 1 2 3 4 5
CC TI CE PE PT						F M		

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación CC TI CE PE PT	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco Hijo Padre Madre Hermano Otro	Discapacidad	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Genero F M

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:

- ☐ Cuenta Personal — Número de cuenta: _____
  - Tipo de Cuenta: ☐ Ahorros ☐ Corriente
  - Entidad financiera: _____
- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Pago en documento de libranza. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/. Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se soliciten en este documento se hacen con el fin de cumplir con las responsabilidades establecidas en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002; por ello la información recolectada se utilizará para los fines propios de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que los datos serán tratados de manera segura y confidencial para informarle sobre los nuevos servicios que ofrezca COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos, para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente, y para otras finalidades necesariamente derivadas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá acceder a los datos personales de contacto suministrados, como: [illegible], correo electrónico, teléfonos, fax, entre otros. Usted autoriza este tratamiento que podrá ser utilizado____ No Acepta este tratamiento____. La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com, la solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail protecciondedatos@comfama.com.co, o podrá dirigirse a la siguiente dirección: Cra 65 N° 48 a 18 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama

Cód. 108 • V1.2

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 4799692-931945

Fecha Cierre: 24/09/2021 12:26:01

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24 sep. 2021 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	MILTON JAVIER RODRIGUEZ PADILLA	**Identificación:**	4799692
Género	MASCULINO **Edad:** 40	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3123688736
Fecha Nacimiento:	03/06/1981	**Cargo:**	PILERO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CLL 47 #2B-191	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**Peso: 83 Talla: 169 IMC: 29**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION. SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL), UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR. ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD. CAPACITAR SOBRE EL SISTEMA DE SEGURIDAD DE EMERGENCIA EN CASO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, SE DEBE EVITAR LABORAR EN ALTURAS CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 1409 DE 2012., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
TRIGLICERIDOS	NORMAL	
COLESTEROL TOTAL	NORMAL	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	SIN RIESGO	
ANEXO ALTURAS	PUEDE TRABAJAR EN ALTURAS	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SE RECOMIENDA SEGUIR LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA PRASS DEL DECRETO 1109 DEL 10 DE AGOSTO DE 2020 Y LA RESOLUCION 777 DEL 02 DE JUNIO 2021
EL TRABAJADOR TIENE EL DEBER DE REALIZAR EL REPORTE DE SU ESTADO DE SALUD A LA EMPRESA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	PPyP

Información de Remisiones

NO

ZAIRA CLARETH GOMEZ GRANADOS

Médico Especialista en Salud Laboral S2018060363265 08-1557-01

MILTON JAVIER RODRIGUEZ PADILLA 4799692

Firma y cédula del Paciente

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

'Repensando la Seguridad en el trabajo

Persona Jurídica, certificada en la NTC 6072, ente certificador ICONTEC, código certificado CS-CER613645 Fecha de aprobación 01/06/2018 y aprobada por el Ministerio de trabajo según radicado 08SE2018220000000030640,fecha aprobación 23/08/2018 para impartir formación en trabajo seguro en alturas

CERTIFICA A:

MILTON JAVIER RODRIGUEZ PADILLA
C.C. 4799692

NIVEL:REENTRENAMIENTO con una intensidad de 20 horas
Los días 12 y 13 de agosto de 2021 en el municipio de la Estrella (Ant).

Sergio Leon Meneses Echavarría
Entrenador-Lic. en 2019060360745/2019 Dssa

Astrid Elena Jaramillo Torres
Directora de operaciones

Dado en la Estrella (Ant.) el 14 de agosto de 2021 - Código:CJT-13102-2021
Para verificar el certificado comunicarse a los teléfonos (4) 3074376 - 3023256478
Página web: www.cjtalturas.com

Escaneado con CamScanner

609

Bogotá D.C., septiembre 27 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que MILTON JAVIER RODRIGUEZ PADILLA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 4799692, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
EMPRESA FORMADORA: CJT ALTURAS SAS
ENTRENADOR FORMADOR: SERGIO LEON MENESES ECHAVARRIA
SEDE DONDE SE FORMO: CJT ALTURAS S.A.S
FECHAS DE FORMACIÓN: 12/08/2021 12:00:00 a. m. a 13/08/2021 12:00:00 a. m.
INTENSIDAD HORARIA: 20 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día septiembre 27 de 2021

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-09-02, 03:22:54 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 51273360

Periodo Cotización: agosto de 2021 **Periodo Servicio:** septiembre de 2021

PAGADO 02/09/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS CARLOS RAMOS SOTO		
Documento	NI8674012	**Dirección**	cl59b no 68-67 int 202
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4665716
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BELLO	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	RAMOS SOTO LUIS CARLOS	**Identificación**	CC 8674012
Total Afiliados	16	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COT	VCT	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	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 Ministerio	Total
CC 1017165540	SEBASTIAN MARIN CARZON	01	00	X																	0	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 121.137	$ 19.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 121.137	$ 4.900	0,960	$ 121.137	$ 8.500	(CCF04) COMFAMA	$ 121.137	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.700
CC 1033373275	RODRIGO ANTONIO VERGARA MENDOZA	01	00	X	X																9	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 600.000	$ 96.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 600.000	$ 24.000	0,960	$ 600.000	$ 41.800	(CCF04) COMFAMA	$ 600.000	$ 24.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.800
CC 1041255927	ELMER JOSE GOMEZ PINEDA	01	00		X																0	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 121.137	$ 19.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 121.137	$ 4.900	0,960	$ 121.137	$ 8.500	(CCF04) COMFAMA	$ 121.136	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.700
CC 1063716837	MANUEL ANTONIO MENDOZA ADAMEZ	01	00																		0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.200.000	$ 192.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.200.000	$ 48.000	0,960	$ 1.200.000	$ 83.400	(CCF04) COMFAMA	$ 1.200.000	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.600
CC 1078328948	JUAN YAIRSO WALDO QUINTO	01	00	X																	0	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 30.285	$ 4.900	(EPS005) EPS SANITAS	$ 30.285	$ 1.300	0,960	$ 30.285	$ 2.200	(CCF04) COMFAMA	$ 30.285	$ 1.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.700
CC 1077651228	LUIS FELIPE ASPRILLA ASPRILLA	01	00																		0	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 908.526	$ 145.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 908.526	$ 36.400	0,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 1128434439	ALEX MIGUEL SEPULVEDA MURILLO	01	00	X																	0	21	21	21	(230301) PORVENIR	$ 635.969	$ 101.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 635.969	$ 25.500	0,960	$ 635.969	$ 44.300	(CCF04) COMFAMA	$ 635.969	$ 25.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 197.100
CC 1193574883	JOSE ARMANDO MURILLO MOSQUERA	01	00																		0	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 908.526	$ 145.400	(EPS037) NUEVA EPS	$ 908.526	$ 36.400	0,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 1216720450	WILDER ALEXIS ZAPATA LONDOÑO	01	00	X																	0	4	4	4	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 121.137	$ 19.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 121.137	$ 4.900	0,960	$ 121.137	$ 8.500	(CCF04) COMFAMA	$ 121.136	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.700
CC 15530261	RIGOBERTO ANTONIO VALENCIA OSPINA	01	00																		0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.200.000	$ 192.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.200.000	$ 48.000	0,960	$ 1.200.000	$ 83.400	(CCF04) COMFAMA	$ 1.200.000	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.600
CC 70162581	LUIS EMILIO HERNANDEZ LOAIZA	01	00																		0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	(EPS010) EPS SURA	$ 908.526	$ 36.400	0,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 70301281	JAIME ANTONIO OROZCO LOAIZA	01	00																		0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	(EPS010) EPS SURA	$ 908.526	$ 36.400	0,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 71296001	CARLOS ARTURO RAMOS ALVAREZ	01	00																		0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	(EPS010) EPS SURA	$ 908.526	$ 36.400	0,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 78294579	GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS	01	00																		0	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 908.526	$ 145.400	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 908.526	$ 36.400	0,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 78296300	EDUFANOR ALFONSO CEBALLO CASTILLO	01	00																		0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	(EPS016) COOMEVA EPS	$ 908.526	$ 36.400	0,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 91541432	JHON JAIRO MARIÑO PEDRAZA	01	00	X																	0	18	18	18	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 720.000	$ 115.200	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD	$ 720.000	$ 28.800	0,960	$ 720.000	$ 50.200	(CCF04) COMFAMA	$ 720.000	$ 28.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.000

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 11.109.347	$ 11.109.347	$ 11.109.347	$ 11.109.345	$ 1.777.900	$ 445.100	$ 774.300	$ 445.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.442.400	$ 0	$ 3.442.400

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador	0500117597 - CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA				
Código y Nombre de la Sede	050011759701-CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA				
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN	Dirección	CALLE 69 SUR #46 - 55 TORRE 69 OFICINA 104. Barrio: PARQUE PRICIPAL.
Grupo del Servicio	Consulta Externa				

407 - MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL

SERVICIO DE SALUD HABILITADO

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHS763345***

Verifique la información de este documento, ingresando a: http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHS763345

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia - Dirección:Calle 42 B No. 52-106 Piso 8. Of:801 - Telefono(s):3839802 3835043 - Correo Electronico:despachosalud@antioquia.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 19 - 11 - 2018 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: lunes 19 de noviembre de 2018 (11:27 a. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en el Decreto 1011, abril 3 de 2006 y sus normas reglamentarias.

Código interno MinSalud_PS:285721740

Versión 2.0.

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCION No.

Radicado: S 2019060361441
Fecha: 26/11/2019
Tipo: RESOLUCION
Destino: CARLOS

Por medio de la cual se decide sobre unos recursos

EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE FACTORES DE RIESGO DE LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA,

En ejercicio de las facultades legales conferidas por la Ley 9ª de 1979, 1562 de 2012, la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y en especial la Resolución 5734 de 2013 expedida por la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y

C O N S I D E R A N D O:

Que mediante Resolución N° 2019060156091 del 25 de septiembre de 2019 el Director de Factores de Riesgo de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia concedió la licencia de Salud Ocupacional para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural al señor **CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA** identificado con cédula de ciudadanía N° 79285049, en las siguientes áreas:

- Investigación del accidente de trabajo de acuerdo con su competencia
- Gerencia en seguridad y salud en el trabajo
- Investigación en área técnica de acuerdo con su competencia
- Gerencia en medicina de la seguridad y salud en el trabajo
- Diseño administración y ejecución del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo
- Educación y capacitación

Que debidamente notificada la decisión, el señor **CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA**, interpuso recurso de reposición y apelación en contra la Resolución N° 2019060156091 del 25 de septiembre de 2019, dentro del término de ley, exponiendo, como motivo de inconformidad:

- Que la resolución mencionada al describir los campos de acción "omite el de Medicina como título de formación, tal como lo indica la Resolución 4502 en su Anexo Técnico, citado en Artículo 3 numeral 3 segundo párrafo (...)"
- Que ha "laborado como médico por 30 años de los cuales 24, han sido en empresas ejerciendo las tareas de Médico de Saludo Ocupacional, tales como Medicina Laboral, Sistemas de Vigilancia Epidemiológica." (...)

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCION No.

Para resolver se considera lo siguiente,

La resolución N° 2019060156091 del 25 de septiembre de 2019 por medio de la cual se concedió al señor **CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA**, la licencia de Salud Ocupacional, fue expedida siguiendo el procedimiento y los requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional establecidas en la normatividad vigente, es decir la Resolución 4502 de 2012, que en su inciso 6º establece:

"Se reconocerá la expedición y renovación de las licencias de salud ocupacional a los profesionales universitarios con especialización en salud ocupacional, a los profesionales universitarios en un área de salud ocupacional, tecnólogos en salud ocupacional y técnicos en salud ocupacional, todos ellos con títulos obtenidos en una institución de educación superior debidamente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional".

Por su parte, el articulo 2 de la mencionada resolución 4502 de 2012, establece los requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas públicas privadas que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo, estableciendo en el literal A los requisitos para personas naturales y en su numeral 3 determina, lo siguiente:

"Fotocopia del pensum académico o asignaturas aprobadas que soporten de acción de su formación"

El señor **CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA** al momento de solicitar la licencia de salud ocupacional acreditó en su formación las asignaturas de medicina del trabajo, medicina preventiva y guías de atención integral de salud ocupacional basada en evidencia, entre otras.

Que de acuerdo con lo anterior, es pertinente para este despacho modificar el artículo segundo de la Resolución N° 2019060156091 del 25 de septiembre de 2019 y otorgar la licencia de salud ocupacional al señor **CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA** incluyendo el área de MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO además de las ya otorgadas mediante la citada resolución.

Que confirme con lo anterior no se concederá el recurso de apelación interpuesto como subsidiario al de reposición, toda vez que el recurso de reposición se resolverá en favor del recurrente, concediendo lo solicitado por el mismo dentro de la interposición de los mismos.

Con fundamento en las anteriores consideraciones el Director Factores de Riesgo de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia,

MMARTINEZG

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCION No.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: MODIFICAR el artículo segundo de la Resolución No. 2019060156091 del 25 de septiembre de 2019, por medio de la cual se otorga la licencia de Salud Ocupacional para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural al señor **CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA,** identificado con la cédula de ciudadanía número 79285049, en las siguientes áreas o campos de acción:

- Investigación del accidente de trabajo de acuerdo con su competencia
- Gerencia en seguridad y salud en el trabajo
- Investigación en área técnica de acuerdo con su competencia
- Gerencia en medicina de la seguridad y salud en el trabajo
- Diseño administración y ejecución del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo
- Educación y capacitación
- Medicina en seguridad y salud en el trabajo

ARTÍCULO SEGUNDO: Notificar la presente decisión al señor **CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA** identificado con la cédula de ciudadanía número 79285049, de conformidad a lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

MANUEL ENRIQUE DAZA AGUDELO
Director Administrativo Factores de Riesgo

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Proyectó:	**Lilia Eledec Calderón Murgas** Profesional universitario		25-11-2019
Revisó:	**María Piedad Martínez Galeano** Profesional universitario		25-11-2019
	Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma		

SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA.
Medellín: 04 DIC 2019
En la fecha notifiqué personalmente al
Señor: Carlos Montoya
C.C. No. 79285049
Res. No. 2019060156091 Fecha 26/11/2019
El Notificado
El Notificador

MMARTINEZG

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCIÓN

Radicado: S 2019060156091
Fecha: 25/09/2019
Tipo:
RESOLUCIÓN
Destino: CARLOS

Por medio de la cual se CONCEDE Licencia para ofertar servicios de seguridad y salud en el trabajo a nivel nacional, a una persona natural.

EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE FACTORES DE RIESGO DE LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA

En ejercicio de las facultades legales que le confieren las Leyes 09 de 1979 y 1562 de 2012, la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y en especial la Resolución No. 5734 de 2013 expedida por la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012, determinó que la salud ocupacional se entenderá en adelante como Seguridad y Salud en el Trabajo, definiéndola como la disciplina que trata la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores, cuyo objeto es mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

Que el artículo 23 de la citada ley, ordenó al Ministerio de la Salud y Protección Social reglamentar en el término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la misma, el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias en salud ocupacional a las personas naturales y jurídicas, determinando como competencia de las entidades departamentales y distritales de salud, la expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional.

Que mediante Resolución No. 4502 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentó el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de la licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo definidos en el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012.

YCOPETEM

"Por medio de la cual se CONCEDE A: CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA una licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo"

Que mediante Resolución No. 5734 del 2013, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, delegó en cabeza del Director Administrativo de Factores de Riesgo la expedición o renovación de las licencias de salud ocupacional.

Que el (la) señor(a) **CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **79285049,** solicitó la Licencia para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, acreditando el cumplimiento de las condiciones y requisitos previstos en la Resolución No. 4502 de diciembre 28 de 2012.

Que la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, después de revisar toda la documentación presentada por el (la) señor (a) **CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA**, emitió concepto favorable para el otorgamiento de dicha licencia.

En mérito de lo anterior,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Conceder licencia para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, al (la) señor (a) **CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **79285049**, como **MÉDICO (A) Y CIRUJANO**, EGRESADO DE LA (DEL) UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA **ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL EGRESADO DE LA (DEL) UNIVERSIDAD CES**

ARTÍCULO 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. INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
2. GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
3. INVESTIGACIÓN EN ÁREA TÉCNICA DE ACUERDO A SU COMPETENCIA
4. GERENCIA EN MEDICINA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
5. DISEÑO ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
6. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

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, previo diligenciamiento de la solicitud respectiva y el cumplimiento de las condiciones y requisitos previstos en las normas legales vigentes, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país

ARTÍCULO CUARTO: El (La) señor (a): **CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA** deberá cumplir en el ejercicio de sus actividades, con todas las normas legales, técnicas, éticas y de control de calidad establecidas en la legislación vigente en Salud Ocupacional.

"Por medio de la cual se CONCEDE A: CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA una licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo"

ARTÍCULO QUINTO: Cuando el titular de la licencia, modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho con treinta (30) días de antelación, a su ocurrencia, a la Dirección de Factores de Riesgo de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia.

ARTÍCULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a el (la) señor (a):**CARLOS ALBERTO MONTOYA SIERRA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **79285049,** informándole 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, en la forma y términos establecidos en los artículos 74 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTÍCULO SÉPTIMO: La presente Resolución rige a partir de su notificación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Medellín

MANUEL ENRIQUE DAZA AGUDELO
Director Administrativo Factores de Riesgo

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Proyectó:	Yeni Yulitza Copete Mosquera		23-09-2019
Revisó:	María Piedad Martínez Galeano		24-09-2019
	Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma		

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
Medellín 04 oct 2019
En la fecha compareció personalmente
Señor: Carlos Montoya
C.C. No. 79285 cad
Res. No. 2019080156004 de fecha 25/09/2019
El Notificado

YCOPETEM

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-09-02, 03:22:54 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 51273360

Periodo Cotización: agosto de 2021 **Periodo Servicio:** septiembre de 2021

PAGADO 02/09/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS CARLOS RAMOS SOTO		
Documento	NI8674012	**Dirección**	cl59b no 68-67 int 202
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4665716
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BELLO	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	RAMOS SOTO LUIS CARLOS	**Identificación**	CC 8674012
Total Afiliados	16	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	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 Ministerio	Total
CC 1017165540	SEBASTIAN MARIN GARZON	01	00		X															0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 121.137	$ 19.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 121.137	$ 4.900	6,960	$ 121.137	$ 8.500	(CCF04) COMFAMA	$ 121.137	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.700
CC 1033373275	RODRIGO ANTONIO VERGARA MENDOZA	01	00	X	X															0	15	15	15	15	(230301) PORVENIR	$ 600.000	$ 96.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 600.000	$ 24.000	6,960	$ 600.000	$ 41.800	(CCF04) COMFAMA	$ 600.000	$ 24.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.800
CC 1041255927	ELMER JOSE GOMEZ PINEDA	01	00		X															0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 121.137	$ 19.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 121.137	$ 4.900	6,960	$ 121.137	$ 8.500	(CCF04) COMFAMA	$ 121.136	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.700
CC 1063716537	MANUEL ANTONIO MENDOZA AGAMEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.200.000	$ 192.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.200.000	$ 48.000	6,960	$ 1.200.000	$ 83.600	(CCF04) COMFAMA	$ 1.200.000	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.600
CC 1076328948	JUAN YAIRSO WALDO QUINTO	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 30.285	$ 4.900	(EPS005) EPS SANITAS	$ 30.285	$ 1.300	6,960	$ 30.285	$ 2.200	(CCF04) COMFAMA	$ 30.285	$ 1.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.700
CC 1077651228	LUIS FELIPE ASPRILLA ASPRILLA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 908.526	$ 145.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 908.526	$ 36.400	6,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 1128434439	ALEX MIGUEL SEPULVEDA MURILLO	01	00	X																0	21	21	21	21	(230301) PORVENIR	$ 635.969	$ 101.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 635.969	$ 25.500	6,960	$ 635.969	$ 44.300	(CCF04) COMFAMA	$ 635.969	$ 25.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 197.100
CC 1193574893	JOSE ARMANDO MURILLO MOSQUERA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 908.526	$ 145.400	(EPS037) NUEVA EPS	$ 908.526	$ 36.400	6,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 1216720450	WILDER ALEXIS ZAPATA LONDOÑO	01	00		X															0	4	4	4	4	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 121.137	$ 19.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 121.137	$ 4.900	6,960	$ 121.137	$ 8.500	(CCF04) COMFAMA	$ 121.136	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.700
CC 15536281	RIGOBERTO ANTONIO VALENCIA OSPINA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.200.000	$ 192.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.200.000	$ 48.000	6,960	$ 1.200.000	$ 83.600	(CCF04) COMFAMA	$ 1.200.000	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.600
CC 70162581	LUIS EMILIO HERNANDEZ LOAIZA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	(EPS010) EPS SURA	$ 908.526	$ 36.400	6,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 70301281	JAIME ANTONIO OROZCO LOAIZA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	(EPS010) EPS SURA	$ 908.526	$ 36.400	6,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 71296001	CARLOS ARTURO RAMOS ALVAREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	(EPS010) EPS SURA	$ 908.526	$ 36.400	6,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 78294679	GABRIEL LEOVEN RODRIGUEZ CONTRERAS	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 908.526	$ 145.400	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 908.526	$ 36.400	6,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 78298300	EQUIFANOR ALFONSO CEBALLO CASTILLO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	(EPS016) COOMEVA EPS	$ 908.526	$ 36.400	6,960	$ 908.526	$ 63.300	(CCF04) COMFAMA	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500
CC 91541432	JHON JAIRO MARIÑO PEDRAZA	01	00	X																0	18	18	18	18	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 720.000	$ 115.200	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD	$ 720.000	$ 28.800	6,960	$ 720.000	$ 50.200	(CCF04) COMFAMA	$ 720.000	$ 28.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.000

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

929

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 11.109.347	$ 11.109.347	$ 11.109.347	$ 11.109.345	$ 1.777.900	$ 445.100	$ 774.300	$ 445.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.442.400	$ 0	$ 3.442.400

Anexo 2 Entrega De Elementos De Protección Personal

1. Sotarco

1. Altavista

620

ESTRADO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Aquelio Alvarez	CEDULA: 71.705.055
CARGO: Ayudante - Pone y Jala	OBRA: UMAG

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco	X			1		
Gafas	X			1		
Bota	X			1		
Protector Auditivo	X			1	2/10/21	
Tapabocas	X			3	2/10/21	
Chaleco				1		

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Murillo C.	CEDULA No. 1031229977
CARGO SST	FIRMA Carolina Murillo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Aquelio Alvarez

CEDULA No: 71 705 055

Escaneado con CamScanner

621

SUTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Axel Tilano Monsalve	CEDULA: 1.036.961.651
CARGO: Aux tecnico	OBRA: UMA 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco	Y			1		
Tapabocas caja x 50	9			"	8/04/2021	
Tapaoidos	1			1	28/09/21	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Murillo Cañon	CEDULA No. 1035220977
CARGO SST	FIRMA Carolina Murillo C

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1036961651

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Carolina Murillo — CEDULA: 1035224477

CARGO: SST. — OBRA: Oficinas Manifestas 4.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
plutecas auditivas inserción	X			1	15-07-2021	Carolina Murillo
caja tapabocas	X			1	17/08/21	Carolina Murillo
caja de tapabocas	X			1	2/09/21	Carolina Murillo

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Dary Cortero — CEDULA No. 37581139

CARGO SST. — FIRMA

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Carolina Murillo C

CEDULA No: 1035224477

Escaneado con CamScanner

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Diana Carolina Velasquez	CEDULA: 1020 447 060
CARGO: Ambiental	OBRA: UMAG

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1 caja x 50 tapabocas	X			1	11/08/21	Carolina V.
1 caja de tapabocas	X			"	11/09/21	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Caroline Murillo C.	CEDULA No. 1035220474
CARGO SST	FIRMA Caroline Murillo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Carolina Velásquez S.

CEDULA No: 1020447060

Escaneado con CamScanner

SOTARQUI SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Dany A. Velosquez. O — CEDULA: 1018 372 425

CARGO: Aprendiz — OBRA: Viviendas Medellín 4.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Guantes Vaqueta	✓			1	10-07-2021	
Monogafas	✓			1	10-07-2021	
Protección Auditiva	✓			1	10-07-2021	
Tapabocas	✓			3	10-07-2021	
Guantes vaqueta	/			1	28/07/21	
Guantes de cuero	✓			1	2/08/21	
Bota gruesa	✗			1	5/08/21	
Guantes de cuero	✗			1	10/08/21	
Tapabocas	✗			6	12/08/21	
Gafas	✗			1	13/08/21	
Tapaoidos	✗			1	25/08/21	
Gafas	✗			1		
Tapaoidos capa	✗			1	2/09/2021	
Tapabocas	✗			6	4/09/2021	
Guantes	✗			1	20/09/2021	
Guantes	✗			1	29/09/2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE: Dany Cadena — CEDULA No. 1.035.431.351

CARGO: SST — FIRMA: Dany Cadena.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Dany A. Velosquez O

CEDULA No: 1018 372 425

Escaneado con CamScanner

SOLARES SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Diana Hernandez	CEDULA: 1017169828
CARGO: Social	OBRA: Uma 9

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1 Caja tapabocas				1	2/08/21	Diana Fernández B
1 Caja tapabocas				6	11/09/21	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Coldna Mallo C	CEDULA No. 1035272077
CARGO SST	FIRMA Coldna Mallo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Diana Fernández Bernal

CEDULA No: 1017169828

Escaneado con CamScanner

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Henry Alexander Chaux B	CEDULA: 7019508
CARGO: Ayudante	OBRA: Uma 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco	X			1		Henry Chaux
Guantes	X			1		Henry Chaux
Gafas	X			1		Henry Chaux
Protector Auditivo	X			1		Henry Chaux
Tapabocas	X			6		Henry Chaux

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Murillo	CEDULA No. 1035222477
CARGO SST	FIRMA Carolina Murillo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Henry Chaux

CEDULA No: 7019508

Escaneado con CamScanner

CONSTRUSAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Juan Dario Espinosa | CEDULA: 71590075

CARGO: Ayudante | OBRA: Viviendas Manifestas 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Guantes	✓			1	10-07-2021	JUANDARIO E A
Gafas.	✓			1	10-07-2021	JUANDARIO E A
Plotal antic.	✓			1	10-07-2021	JUANDARIO E A
Tapabocas.	✓			6	10-07-2021	JUANDARIO E A
Guantes cauchos	✓			1	27/01/21	JUANDARIO E A
botas-pvc	x			1	3/08/21	JUANDARIO E A
tapabocas	x			6	12/08/21	JUANDARIO E A
gafas	x			1	13/08/21	JUANDARIO E
guantes	✓			1	21/08/21	JUANDARIO E A
Tapabocas	?			6	11/09/2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Dany Cordero | CEDULA No. 37581139

CARGO Reste SST | FIRMA

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: ✓

JUANDARIO ESPINOSA ARIAS

CEDULA No: ✓ 71.590.075

Escaneado con CamScanner

628

SUVALLEO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Juan Carlos Cano G	CEDULA: 15 265 871
CARGO: Minero Y AY	OBRA: Uma 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco	X			1		
Guantes	X			1	25/08/2021	
Tapa oidos	X			1		
Gafas	X			1		
Tapabocas	X			0		
Tapabocas	X			5	1/09/2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Murillo Catano	CEDULA No. 1035224912
CARGO SST	FIRMA Carolina Murillo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:
Juan Carlos Cano G

CEDULA No: 15 265 871

Escaneado con CamScanner

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Juan Carlos Montoya	CEDULA: 8.439.499
CARGO: Director de Obra	OBRA: UMAG

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Caja tapabocas	X			1	17/07/2021	
Caja tapabocas	X			1	2/09/2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	CEDULA No.
CARGO	FIRMA

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Juan Carlos Montoya Gomez

CEDULA No: 8.434.499

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Lina Maria Restrepo	CEDULA: 1.128.273.442
CARGO: Auxiliar vial	OBRA: UMA 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco				1	26 de julio	Lina maria Rp
barbuquejo				1		Lina maria Rp
Gafas				1		Lina maria Rp
Guantes				1	10 x [illegible]	Lina maria Rp
protector auditivo				1	[illegible]	Lina maria Rp.
tapabocas				6	[illegible]	Lina maria Rp
Guantes de cuero				1	27/07/21	Lina María Rp
tapabocas				6	12/08/21	Lina María Rp.
Guantes carnaza				1	12/08/21	Lina María Rp
Tapabocas				6	11/09/2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Lina maria Restrepo	CEDULA No. 1128 273 442
CARGO Auxiliar de transito	FIRMA Lina maria Restrepo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:
Lina maria Restrepo posada

CEDULA No: 1128 273 442

Escaneado con CamScanner

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Maiquel Antonio Poyosa — CEDULA: 82467980301974

CARGO: Ayudante — OBRA: Organica Hospitalaria

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Gafas	X			1	26-08-21	Maiquel Poyosa.
Guante Nagual	X			1		
Tapaoidos	X			1		
Tapabocas	X			6.		
Cabuyero	X			1	5/08/21	
tapabocas				2		-Maiquel Poyosa
Guantes de vaqueta				1	10/08/21	Maiquel Poyosa
Tapabocas	X			4	12/08/21	-Maiquel Poyosa
Tapados	X			1	15/08/21	-Maiquel Poyosa
Guantes de cauchi	X			1	1/09/2021	
Tapabocas	X			6	11/09/2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Delia Cruz Correa — CEDULA No. 43523533

CARGO Prof. SST — FIRMA

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

-Maiquel Poyosa

CEDULA No: 82467980301974

Escaneado con CamScanner

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Omar Alexis ciclas	CEDULA: 1.152.222.639
CARGO: Ayudante	OBRA: ayudante - UM.A9

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Guantes de vaqueta	1			1	29/07/21	ALEXIS V.
Babuquejo	1			1		ALEXIS V.
Tapabocas	2			2	5/08/21	ALEXIS V.
Gafas	1			1	10/08/21	ALEXIS V.
Tapabocas	4			4	12/08/21	ALEXIS V.
Guantes	1			1	31/08/21	ALEXIS V.
tapabocas	1			1		ALEXIS V.
tapabocas	6			6	11/09/21	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Carolina Murillo C.	CEDULA No. 1035122944
CARGO SST	FIRMA Carolina Murillo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Omar Vidales

CEDULA No: 1152222639

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-060
		Versión: 001
	ENTREGA DE DOTACIÓN	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACIÓN

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACIÓN

NOMBRE: Santiago Tabuc	CEDULA: 71.787 324
CARGO: Tecnico	OBRA: UMA 4

ELEMENTOS DE DOTACION ENTREGADOS

ELEMENTO ENTREGADO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Caja tapabocas x 50	1	12/08/21	Santiago S
Tapabocas	1		Santiago S
Gafas	1	12/08/21	Santiago S
Casco	1		Santiago S
Caja tapabocas	1	11/09/21	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE Carolina Murillo	CEDULA No. 1035224977
CARGO SST	FIRMA Carolina Murillo

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion entregada y mantenerla en buen estado y no hacer un uso indebido de ella mientras estoy por fuera de mi lugar de trabajo. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de la misma.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para la dotacion entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

Escaneado con CamScanner

2. San Antonio

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Sebastian. Main. CEDULA: 1017165540.

CARGO: Ayudante. OBRA: Oficina Mutas 4.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Monogafas oscuras	✓			1	27-09-21	Sebastian M
Guantes Vaqueta	✓			1	27-09-21	Sebastian M
Tapabocas	✓			6	27-09-21	Sebastian M
Protector inserción	✓			1	27-09-21	Sebastian M
Casco con barbuquejo	✓			1	27-09-21	Sebastian M

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Dairy Cardenas. CEDULA No. 37581139.

CARGO Reste. SST. FIRMA Dairy Cardenas.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Sebastian M

CEDULA No: 1017165540

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Wilder Alexis Zapata. CEDULA: 1216720450

CARGO: Ayudante. OBRA: Reyeni M. 4. SAP.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Guantes Vaqueta	✓			1	27/09/21	Wilder Z.
Lentes oscuros	✓			1	27/09/21	Wilder Z.
P. Auditivo inserción	✓			1	27/09/21	Wilder Z.
Tapabocas	✓			6	27/09/21	Wilder Z.
Casco con barbuquejo	✓			1	27/09/21	Wilder Z.

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Daily Cadena CEDULA No. 37581139.

CARGO Res SST. FIRMA Daily Cadena.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Wilder Z.

CEDULA No: 1216720450

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Yoley Gomez · CEDULA: 1000769259

CARGO: aleo · OBRA: Urgencias Minas 4. S.A.P.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Monogafas oscuras	✓			1	15/09/21	
Protector auditivo	✓			1		Yoley Fergo
Guantes vaqueta	✓			1		
Casco Barbuquejo	✓			1		
Tapabocas	✓			6	15/09/21	
Chaleco reflectivo	✓			1	15/09/21	
Tapabocas		✓		1	27/09/21	
Guantes vaqueta		✓		1	27/09/21	Yoley Fergo
Guantes caucho	✓			1	27/09/21	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Daicy Cadena · CEDULA No. 37581139

CARGO Res SST · FIRMA Daicy Cadena

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Yoley Fergo

CEDULA No: 1000769259

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE:	Eugenio Rivera polo	CEDULA:	78031901
CARGO:	pillero.	OBRA:	Oficina Motos 4.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Gafas. oscuras	✓			1	15-09-2021	
protección auditiva inserción	✓			1		
Guantes cuero	✓			1		
Casco Barbuquejo	✓			1		
Tapabocas	✓			6	15-09-2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Daly Cardenas	CEDULA No.	37591324
CARGO	Res SST.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: ✓

CEDULA No: ✓ 78.031.901

637

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Rigoleto Valencia	CEDULA: 15536261
CARGO: OFICIAL.	OBRA: Urgencias Manifesto 4 SOP.

N: Nuevo R: Reposición P: Pérdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco.	X			1	1/09/2021	
Guantes cocqueto	X			1		
Topaboca	X			6.		
P. Auditivo.	X			1		
Monogafas	X			1	1/09/2021	Rigoleto Valencia

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Dany Cadena.	CEDULA No. 37581139
CARGO Referente SST.	FIRMA Dany Cardona.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Rigoleto Valencia

CEDULA No: 15536261

SOTARCO

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Juan Gabriel Cogollo Lopez.	CEDULA: 78755528
CARGO: Soldador.	OBRA: Oficinas Manduros 4.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Guantes.	✓			1 Par.	06-07-2021	* Juan Cogollo L
Protea activa	✓			1 unidad	06-07-2021	* Juan Cogollo L
Tapabocas	✓			3 unidades	06-07-2021	* Juan Cogollo L
Gafas claras	✓			1 unidad	06-07-2021	* Juan Cogollo L
Botas caucho.	✓			1 unidad	19-07-2021	Juan Cogollo L
Guantes de caucho.	✓			1 unidad	19-07-2021	Juan Cogollo L
Gloroqafas Oscuras	✓			1 unidad	11-08-2021	Juan Cogollo L
Guantes Vaqueta	✓			1 unidad	11-08-2021	Juan Cogollo L
Impermeable	✓			1 unidad	24-08-2021	Juan Cogollo L
Chaleco reflectivo	✓			1 unidad	30/08/2021	Juan Cogollo L
Guantes Vaqueta	✓			1 unidad	29/09/2021	Juan Cogollo L

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Dally Cadena.	CEDULA No. 37591139.
CARGO SST.	FIRMA Dally Cadena.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: ✓ Juan Cogollo L

CEDULA No: ✓ 78 755.528

SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Yeison David Ruiz — CEDULA: 1.193.232351

CARGO: Ayudante — OBRA: Urbanizar Manizales

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Gafas	✓			1	26.06.2021	
Tapaoidos	✓			1		
Tapabocas	✓			6		YEISON
Guante vaqueto	✓			1	19 07-2021	
Monogafas oscuras	✓			1	10 08-2021	YESION
Monogafas claras		✓		1	11 08 2021	YESION
Proteon Auditivo	✓			1	24/08/2021	YEISHO
Impermeable	✓			1	30/09/2021	YEISONE
Botas Caucho	✓			1	30/08/021	YESON
Chaleco Reflectivo	✓			1	06/09/2021	YESON
Guantes vaqueta	✓			1	10/09/2021	YESON
Guantes vaqueta	✓			1	15/09/2021	YEISON
Protec auto copol	✓			1	15/09/2021	YEISON
Guantes Vaqueta	✓			1	21/09/021	YEISON

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Celia Cruz Correa — CEDULA No. 43573573

CARGO Profesional SST — FIRMA

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

x YISON

CEDULA No: 1.193232351

SUTABEL SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Juan David Gutierrez — CEDULA: 1128421122

CARGO: Ayudante — OBRA: Urgencias magnificat 4

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Protector Auditivo	✓			1		
Tapabocas	✓			6	27.7.21	27.7.21
Gafas Oscuras	✓			1		
Guante Vaqueto	✓			1		
Botas caucho	✓			1	19/07/2021	
Monogafas claras	✓			1	19/07/2021	
Bamburguejo	✓			1	19/07/2021	
Guantes vaqueta	✓			1	06/09/2021	
Guantes Vaqueta	✓			1	10/09/21	
Gafas claras	✓			1	16/09/2021	
Guantes vaqueta			✓	1	18/09/2021	
Guantes Caucho		✓		1	21/09/2021	
Guantes Pitsun	✓			1	23/09/2021	
Protea cabeza	✓			1	18/09/2021	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Celia Cruz Cano — CEDULA No. 43527577

CARGO Resg SST — FIRMA

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1128421122

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-059
		Versión: 001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	Fecha: 30/11/2017
		Pagina: 1 DE 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Hilton Rodriguez — CEDULA: 4799692

CARGO: Aleio — OBRA: Urgencias Montas d.

N: Nuevo R: Reposición P: Perdida

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

EPI ENTREGADO	N	R	P	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
Casco Barbiquejo	✓			1	28-09-21	
Guantes vaqueta	✓			1	28-09-21	
Tapabocas lavables	✓			6	28-09-21	
Protea activa incoloro	✓			1	28-09-21	
Monogafas claras	✓			1	28-09-21	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE: Daly Cardona — CEDULA No. 37581139

CARGO: Res SST — FIRMA: Daly Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion individual recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de seguridady salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección individual entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: ✓

CEDULA No: ✓ 4799692

Anexo 3 Capacitaciones y charlas

1. Sotarco SAS

1. Altavista

SOTARQ SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: F-SST-071
		Version: 001
	CONTROL DE ASISTENCIA	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

Ciudad: Medellin Fecha: 23/09/21 Duración: 1 Hora

INDUCCIÓN ☐ CAPACITACION / CURSO / TALLER ☒
REINDUCCIÓN ☐ DIVULGACION ☐
ENTRENAMIENTO ☐ OTRO: _____

TEMA: Higiene postural y manejo de cargas

OBJETIVO: analizar los conceptos y tecnicas basicas de higiene postural y manipulacion segura de cargas para la prevencion de lesiones musculo esqueleticas

EXPOSITOR: Carolina Murillo C

LISTADO DE ASISTENTES

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Brayan Stiven Posada	1152 447714	Auxiliar de transito	Brayan Posada
Luisa maria Restrepo	1128 [illegible]	Auxiliar de transito	Luisa maria Restrepo
Alejandro Velasquez	[illegible]	oficial	
Raquel Pulgarin	[illegible]	Ayudante	Raquel Pulgarin
JUAN DARIO ESPINOSA	71590075	AYUDANTE	JUAN DARIO ESPINOSA
Juan Carlos Cano	15 965 871	Minero - AY	Juan Carlos Cano

Escaneado con CamScanner

SOYARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-017
		Version: 001
	EVALUACIÓN DE EFICACIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

EVALUACION DE EFICACIA

Proyecto: UMA 4 Lugar: Mantanillo Fecha: 23/09/21

Tema de tratado: Manejo de carga e higiene

Nombre del participante: Juan Carlos Cano Quintero

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS	EVALUACION
1	La higiene postural consiste en posicionarse y movilizarse correctamente para que la carga en la columna vertebral y musculatura sea minima y no ocasione lesiones ni alteraciones en nuestro cuerpo	F____ V ✓	✓
2	Que problemas causan las malas posturas	A. problemas visuales B. problemas emocionales C. exceso de peso D. Todas las anteriores	✓
3	señale con una x en la migen la forma correcta de levantar pesos		✓
4	como prevenir lesiones en la columna	A. realizando pausas activas B. Diligenciando preoperacionales C. ninguno de los anteriores	✓

Firma del participante: Juan Carlos Cano Q CC: 15 265 871

ESPACIO PARA EL EVALUADOR

* Cada pregunta corresponde el valor de una (1) unidad.

* Totalice, si la evaluación se identifica como deficiente, se hace necesario realizar plan de acción.

CRITERIO DE EVALUACIÓN		
DEFICIENTE	ACEPTABLE	EXCELENTE
1-2	3-4	5 ✓

OBSERVACIONES: _____

Nombre y firma del evaluador: Carolina Morillo C

Escaneado con CamScanner

645

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-017
		Version: 001
	EVALUACIÓN DE EFICACIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

EVALUACION DE EFICACIA

Proyecto: UMA 4 Lugar: Montanillo Fecha: 23/09/2021

Tema de tratado: Higiene postural, Manejo de cargas

Nombre del participante: Juan David Espinar

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS	EVALUACION
1	La higiene postural consiste en posicionarse y movilizarse correctamente para que la carga en la columna vertebral y musculatura sea minima y no ocasione lesiones ni alteraciones en nuestro cuerpo	F____ V X	✓
2	Que problemas causan las malas posturas	A. problemas visuales B. problemas emocionales C. exceso de peso D. Todas las anteriores	✓
3	señale con una x en la migen la forma correcta de levantar pesos		✓
4	como prevenir lesiones en la columna	A. realizando pausas activas B. Diligenciando preoperacionales C. ninguno de los anteriores	✓

Firma del participante: JUAN DAVID E A CC: 71 590 075

ESPACIO PARA EL EVALUADOR

* Cada pregunta corresponde el valor de una (1) unidad.

* Totalice, si la evaluación se identifica como deficiente, se hace necesario realizar plan de acción.

CRITERIO DE EVALUACIÓN		
DEFICIENTE	ACEPTABLE	EXCELENTE ✓
1-2	3-4	5

OBSERVACIONES: _____

Nombre y firma del evaluador: Carolina Murillo C.

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-017
		Version: 001
	EVALUACIÓN DE EFICACIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

EVALUACION DE EFICACIA

Proyecto: UMA 9 Lugar: Montanillo Fecha: 23/09/2021

Tema de tratado: Manejo de cargas e higiena postural

Nombre del participante: Miguel Poveda

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS	EVALUACION
1	La higiene postural consiste en posicionarse y movilizarse correctamente para que la carga en la columna vertebral y musculatura sea minima y no ocasione lesiones ni alteraciones en nuestro cuerpo	F____ V X	✓
2	Que problemas causan las malas posturas	A. problemas visuales B. problemas emocionales C. exceso de peso D. Todas las anteriores	✓
3	señale con una x en la migen la forma correcta de levantar pesos		✓
4	como prevenir lesiones en la columna	A. realizando pausas activas B. Diligenciando preoperacionales C. ninguno de los anteriores	✓

Firma del participante: Miguel Poveda CC: 8286749037

ESPACIO PARA EL EVALUADOR

* Cada pregunta corresponde el valor de una (1) unidad.

* Totalice, si la evaluación se identifica como deficiente, se hace necesario realizar plan de acción.

CRITERIO DE EVALUACIÓN		
DEFICIENTE	**ACEPTABLE**	**EXCELENTE**
1-2	3-4	5 ✓

OBSERVACIONES: _____

Nombre y firma del evaluador: Carolina Murillo C

Escaneado con CamScanner

SOTARGO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-017
		Version: 001
	EVALUACIÓN DE EFICACIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

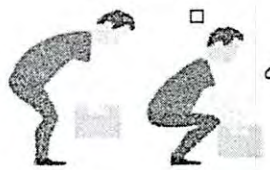
EVALUACION DE EFICACIA

Proyecto: UMA 4 Lugar: Manacillo Fecha: 23/04/18

Tema de tratado: Manejo de cajas e Higiene postural

Nombre del participante: Dani Velazquez

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS	EVALUACION
1	La higiene postural consiste en posicionarse y movilizarse correctamente para que la carga en la columna vertebral y musculatura sea minima y no ocasione lesiones ni alteraciones en nuestro cuerpo	F____ V X	✓
2	Que problemas causan las malas posturas	A. problemas visuales B. problemas emocionales C. exceso de peso D. Todas las anteriores	✓
3	señale con una x en la migen la forma correcta de levantar pesos	 ✓	✓
4	como prevenir lesiones en la columna	A. realizando pausas activas B. Diligenciando preoperacionales C. ninguno de los anteriores	✓

Firma del participante: [signature] CC: 1018274425

ESPACIO PARA EL EVALUADOR

* Cada pregunta corresponde el valor de una (1) unidad.

* Totalice, si la evaluación se identifica como deficiente, se hace necesario realizar plan de acción.

CRITERIO DE EVALUACIÓN		
DEFICIENTE	ACEPTABLE	EXCELENTE
1-2	3-4	5 ✓

OBSERVACIONES: _____

Nombre y firma del evaluador: Carolina Murillo C

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-017
		Version: 001
	EVALUACIÓN DE EFICACIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

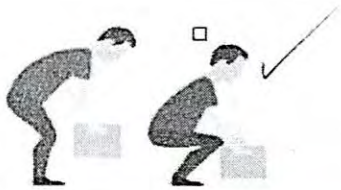
EVALUACION DE EFICACIA

Proyecto: UMA 4 Lugar: Manantial Fecha: 23/09/2024

Tema de tratado: Manejo de cargas e Higiene Postural

Nombre del participante:

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS	EVALUACION
1	La higiene postural consiste en posicionarse y movilizarse correctamente para que la carga en la columna vertebral y musculatura sea minima y no ocasione lesiones ni alteraciones en nuestro cuerpo	F____ V X	✓
2	Que problemas causan las malas posturas	A. problemas visuales B. problemas emocionales C. exceso de peso D. Todas las anteriores	✓
3	señale con una x en la migen la forma correcta de levantar pesos	 ✓	✓
4	como prevenir lesiones en la columna	A. realizando pausas activas B. Diligenciando preoperacionales C. ninguno de los anteriores	✓

Firma del participante: Lina maria Restrepo posada CC: 1128 273 412

ESPACIO PARA EL EVALUADOR

* Cada pregunta corresponde el valor de una (1) unidad.
* Totalice, si la evaluación se identifica como deficiente, se hace necesario realizar plan de acción.

CRITERIO DE EVALUACIÓN		
DEFICIENTE	ACEPTABLE	EXCELENTE
1-2	3-4	5 ✓

OBSERVACIONES: _____

Nombre y firma del evaluador: Carolina Murillo C

Escaneado con CamScanner

SOTARCO SAS Ingenieros - Contratistas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-017
		Version: 001
	EVALUACIÓN DE EFICACIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	Fecha: 30/11/2017
		Pagina 1 de 1

EVALUACION DE EFICACIA

Proyecto: UMA 4 Lugar: Cantanillo Fecha: 23/09/2021

Tema de tratado: Manejo de cargas e Higiene Postural

Nombre del participante:

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO

Nº	PREGUNTAS	RESPUESTAS	EVALUACION
1	La higiene postural consiste en posicionarse y movilizarse correctamente para que la carga en la columna vertebral y musculatura sea minima y no ocasione lesiones ni alteraciones en nuestro cuerpo	F____ V X	✓
2	Que problemas causan las malas posturas	A. problemas visuales B. problemas emocionales C. exceso de peso D. Todas las anteriores	✓
3	señale con una x en la migen la forma correcta de levantar pesos	 ✓	✓
4	como prevenir lesiones en la columna	A. realizando pausas activas B. Diligenciando preoperacionales C. ninguno de los anteriores	✓

Firma del participante: Lina maria Restrepo posada CC: 1128 273 412

ESPACIO PARA EL EVALUADOR

* Cada pregunta corresponde el valor de una (1) unidad.

* Totalice, si la evaluación se identifica como deficiente, se hace necesario realizar plan de acción.

CRITERIO DE EVALUACIÓN		
DEFICIENTE	ACEPTABLE	EXCELENTE
1-2	3-4	5 ✓

OBSERVACIONES: _____

Nombre y firma del evaluador: Carolina Murillo C

Escaneado con CamScanner