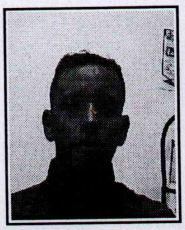
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS

Dirección: Cra 49 N° 74-77 Barranquilla - Colombia Sitio web: www.ssobq.com

Tel: (5) 360 3103 Cel: (313) 546 4664

ISO 9001 SC 7231-1



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 66.887

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	03 MES	2021 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL COLABORADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULAR
Empresa contratante	Empresa en misión

DATOS DEL COLABORADOR / ASPIRANTE (Tipo de documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

HOSTIA OSPINO ADINSON DOSNEL	Género	Edad	Documento de identificación	
	MASCULINO	29 AÑOS	CC	1045702012
Apellidos y nombres			Tipo	Número

Cargo	Peso	Talla
ADMINISTRATIVO	75,00 kg	174 cm

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (alturas, espacios confinados, manipular alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CERTIFICO QUE EL TRABAJADOR ACTUALMENTE NO PADECE NINGUNA ENFERMEDAD CRONICA O CONDICION DE SALUD QUE SE CATALOGUE COMO DE ALTO RIESGO Y CLASIFICA COMO PERSONA NO VULNERABLE SEGÚN LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 666 DE 2020 Y LA CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020.
SE EMITEN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:
USO DE TAPABOCAS,
SEGUIR MEDIDAS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL
LAVADO DE MANOS CADA 3HORAS POR 20 SEG COMO MINIMO.

Consentimiento informado del aspirante o colaborador: autorizo de manera voluntaria que el talento humano en salud de SSO IPS Servicios de Salud Ocupacional S.A.S. me realice examen médico ocupacional y/o pruebas complementarias. Me han explicado la naturaleza y propósito de los exámenes médicos y/o pruebas complementarias. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y los riesgos de estos a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de estos exámenes y/o pruebas complementarias es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa. Acepto: las medidas para la protección de mis datos personales de acuerdo a la ley estatutaria 1581 de 2012, y, las medidas para el manejo y contenido de mi historia clínica de acuerdo con la resolución 1995 de 1999 y resolución 2346 de 2007. Autorizo a SSO para que suministre a las personas o entidades contempladas en la normativa vigente la información registrada en este documento para el cumplimiento de los estándares mínimos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de acorde a la resolución 0312 de 2019, adicionalmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: MD. Fabian Abel R. MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC. 4834 DEL 2017 REG. MED. 4834

Nombre: AKEL RODRIGUEZ FABIAN DE JESUS

R. M.: 4834 L.S.O.: 349-2207

Código de Seguridad F493L1R66887

Aspirante o colaborador

Firma: Adinson Hostia O.

Nombre: HOSTIA OSPINO ADINSON DOSNEL

CC: 1045702012

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi eps

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
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			
Primer apellido: Hoyos	Segundo apellido: Ospino	Primer nombre: Adinson	Segundo nombre: Daniel

7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CC	1045680812	Femenino Masculino ✓	15 01 1994	Soltero	SURA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia				
Dirección: Km 16 # 60-83	Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3242402006	Correo Electrónico: hoyos-0001@hotmail.com	
Barranquilla (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana ✓ Rural	Soledad (Localidad / Comuna)	Atlántico (Departamento)	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Bernio	Segundo apellido: Mendoza	Primer nombre: Sarai	Segundo nombre: Isabel

20. Tipo de documento de identidad	21. N°del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
CC	1001994943	Femenino ✓ Masculino	15 04 2000	Km 16 # 60-83

Municipio/Distrito	Zona Urbana	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular
Soledad	Rural Urbana	Atlántico			3046040994

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

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

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

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: E	N	M	Condición: T	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia	Zona		Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono	Celular
B1		U	R				
B2		U	R				
B3		U	R				
B4		U	R				
B5		U	R				

cajacopi eps 13 JUL AFILIACIÓN, REGISTRO Y MERCADEO SECCIONAL ATLÁNTICO

Selección de la IPS Primaria

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

Registrado Superintendencia Nacional de Salud

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

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1045702012
NOMBRES	ADINSON DOSNEL
APELLIDOS	HOSTIA OSPINO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	TUBARA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIARCAJACOPI ATLÁNTICO -CM	CONTRIBUTIVO	02/04/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/12/2021 11:20:20	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ADINSON DOSNEL HOSTIA OSPINO identificado(a) con C.C No. 1.045.702.012, 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 12 de octubre 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 Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías