



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

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que FABIO FERNANDO PABON VASQUEZ, con Cédula Ciudadanía No. 98362789 contratista de la empresa MUNICIPIO DE PUPIALES NARIÑO, con Nit No. 800099122, tiene un registro como Independiente desde el 23/07/2022 y fecha fin de contrato 31/08/2022 con riesgo 4 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

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): 202201017357566.

Dada en Bogotá, a los 22 días del mes de julio de 2022

Cordialmente

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



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170.
Bogotá: 230-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda



COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/07/2022

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	800099122	Cédula Usuario:	CC 98363524
Nombre:	MUNICIPIO DE PUIPALES NARIÑO				
Dirección:	CL 6A 2 77 BR EL CENTRO				
Departamento:	NARIÑO	Municipio:	PUPIALES		
Correo electrónico:	SECGENERAL@PUPIALES-NARINO.GOV.CO				
Teléfono:	3167637860	Tarifa:	0.522		
Actividad Económica:	1741201 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE CONTABILIDAD, TENEDURIA DE LIBROS Y AUDITORIA go ASESORAMIENTO EN MATERIA DE IMPUESTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 98363524	RICARDO JESUS BENAVIDES AYALA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicaao	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 570	23/07/2022	CC 98362789	PABON VASQUEZ FABIO	4	4.350	Independiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saluco,

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

EDAF7605C55B36B64C11C8C853AB49D4 Certificado impreso el día 7/22/2022 5:32:07 PM por el portal de empresas Edesk



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co
Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



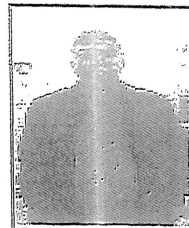
El emprendimiento es de todos Minhacienda



SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS

NIT. 59802326

Edificio Santander Calle 19 N 4ª 10 Of 506, Ipiales - Colombia
Cel. 3166217166 - E-mail. consultoriomdsadritarciniegas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 185

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
22 DÍA	10 MES	2021 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
IPIALES (NARIÑO, COLOMBIA)				
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES CONTADO			ALCALDÍA DE PUPIALES	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
PABON VASQUEZ FABIO FERNANDO			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	50 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	98362789
				Número

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

AL EXAMEN MEDICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORALObservaciones: **NO APLICA****NO SE EVALUARÓN 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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	VACUNACION COVID
TAMIZAJE VISUAL	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION Y MEDICINA GENERAL	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN: PAUSAS ACTIVAS HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA CURVA DE AFINAMIENTO HTA Y VALORACION EPS

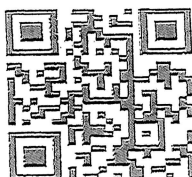
E ATIENDE SEGÚN PROTOCOLOS PARA COVID 19, SE REALIZA ENCUESTA DE BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS, NIEGA SÍNTOMAS DE SOSPECHA O ANTECEDENTE DE CONTACTOS COVID 19, SE SUGIERE CUMPLIR CON PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA, MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL MÍNIMO DE 2 METROS, USO ADECUADO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS FRECUENTE QUE DURE MÍNIMO 20 SEGUNDOS CON AGUA Y JABÓN, INFORMAR INMEDIATAMENTE DE SINTOMATOLOGÍA SOSPECHOSA, USO CONSCIENTE Y ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, ADECUADA DESINFECCIÓN DE SITIO DE TRABAJO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: TOBAR ARCINIEGAS ADRIANA



Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PABON VASQUEZ FABIO FERNANDO