INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS
PROCESO GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA VIAL
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PUBLICA
CONTROL APORTES LEGALES Y SEGURIDAD SOCIAL CONTRATO DE OBRA

CÓDIGO	MINFRA-MN-IN-15-FR-12		
VERSIÓN	1		
PÁGINA	1	DE	1
FECHA	31 (Día)	1 (Mes)	2022 (Año)

UNIDAD EJECUTORA: GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 2

DIRECCIÓN TERRITORIAL: META

CONTRATO DE OBRA No: 974 DE 2021

CONTRATISTA: CONSORCIO SD VICHADA

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: ENERO DE 2022

CARRETERA Y/O PROYECTO: MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO, GESTIÓN PREDIAL, SOCIAL Y AMBIENTAL SOSTENIBLE DE LA CONEXIÓN PACÍFICO – ORINOQUÍA SECTOR PUENTE ARIMENA – VIENTO – SANTA CECILIA (PUENTE ARIMENA – VIENTO; JURIEPE – PUERTO CARREÑO), EN LOS DEPARTAMENTOS DE META Y VICHADA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VÍAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030", MÓDULO 4.

SECTOR: PUENTE ARIMENA - EL VIENTO

VERIFICACIÓN DOCUMENTACIÓN APORTES LEGALES Y SEGURIDAD SOCIAL

	Nombre	Cargo	Período laborado	No. Días mes (Base Liquidación)	C.C.	Días del Mes																																	EPS		ARL	Pensiones		Caja de Compensación - ICBF Y SENA		Razón Social del Responsable del Pago (Ver nota 1)	Observaciones
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Planilla	No. días cotiza		Planilla	No. días cotiza	Planilla	No. días cotiza dos		
1	LEONARDO ALFONSO NUR RANGEL	DIRECTOR DE OBRA	ENERO	31	79,590,847	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
2	MARIA EUGENIA LOPEZ GUITIERREZ	RESIDENTE ADMINISTRATIVA	ENERO	31	1,095,962,257	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
3	JAIRO ALONSO BASTIDAS VERNAL	RESIDENTE DE OBRA	ENERO	31	87,719,507	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
4	MARY LUZ GONZALEZ QUINTERO	RESIDENTE AMBIENTAL	ENERO	31	46,382,110	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
5	DIANA PAOLA AMORTEGUI	RESIDENTE SOCIAL	ENERO	17	1,120,874,624															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	17	17	9429665831	17	9429665831	17	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
6	LUIS CARLOS ARBOLEDA JIMENEZ	RESIDENTE DE ACTAS	ENERO	31	1,020,814,604	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
7	LINA MARCELA BRAVO ROBLES	INSPECTOR SST	ENERO	31	24,713,683	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
8	JOSE JAVIER ESPAÑA ROSERO	SUPERVOR DE MAQUINARIA Y VEHICILOS	ENERO	31	1,088,590,588	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
9	LAURA ALEJANDRA FONSECA CRUZ	SUPERVISOR DE TRANSPORTE	ENERO	9	1,117,511,252	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
10	CRISTHIAN ERMEL BOTINA RIASCOS	SUPERVISOR DE TALETO HUMANO	ENERO	31	6,228,482	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
11	RUSBEL COBO URBANO	SUPERVISOR LOGISTICO 1	ENERO	31	1,112,471,082	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
12	NELSON EDUARDO PARRADO RUIZ	TOPOGRAFO	ENERO	31	17,325,451	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
13	DAVID ARENAS ARENAS	TOPOGRAFO	ENERO	31	11,280,340	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
14	JOSE ABEL GONZALEZ ACOSTA	INSPECTOR DE OBRA	ENERO	5	78,590,847																									X	X	X	X	X	N.A	5	5	N.A	5	N.A	5	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
15	MILLIVATH EULICE GARCIA GUEVARA	INSPECTOR DE OBRA	ENERO	31	10,185,716	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
16	JOSE RODRIGO VERA DIAZ	MANTENIMIENTO DE MAQUINARIA Y VEHICULO	ENERO	31	1,002,277,818	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
17	JULY BELIZA ROSAS SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVA DE MAQUINARIA Y EQUIPO	ENERO	7	1,124,830,585																							X	X	X	X	X	X	X	N.A	7	7	N.A	7	N.A	7	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
18	JOLVER YESID ARGUELLO CASTELAR	MECANICO	ENERO	31	1,007,226,085	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
19	RIGOBERTO ROSERO URBANO	MECANICO	ENERO	25	87,061,823							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	25	25	N.A	25	N.A	25	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
20	LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA	LABORATORISTA	ENERO	14	79,122,156																		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	14	14	N.A	14	N.A	14	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
21	JAVIER ANTONIO SOSA MORALES	LABORATORISTA	ENERO	31	97,472,361	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
22	OVERMAN SUAREZ FANDIÑO	OPERADOR DE CAMA BAJA	ENERO	31	87,247,322	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
23	EINER BENAVIDEZ GOMEZ	OPERADOR DE LA PLANTA	ENERO	5	1,003,376,872																									X	X	X	X	X	N.A	5	5	N.A	5	N.A	5	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
24	JOSE FERNANDO SALDAÑA PANTOJA	OPERARIO MULTIPLE	ENERO	31	98,138,680	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
25	CARLOS ANTONIO NASTACUAS	OPERARIO MULTIPLE	ENERO	16	87,712,377															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	16	16	9429665831	16	9429665831	16	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
26	FERNANDO ANDRADE GONZALEZ	OPERARIO	ENERO	31	1,002,277,818	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
27	JOAN CAMILO RODRIGUEZ SANCHEZ	OPERARIO	ENERO	31	11,281,264	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
28	WALTER DAVID ARCE BARRIOS	OPERARIO	ENERO	31	1,064,307,734	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
29	JULIAN ESTEBAN VILLALOBOS VANEGAS	OPERARIO	ENERO	31	1,120,874,624	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
30	EDGAR ENRIQUE ROLLERO CABALLERO	OPERARIO	ENERO	26	1,121,953,302						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	26	26	N.A	26	N.A	26	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
31	RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA	OPERARIO	ENERO	26	10,050,760						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	26	26	N.A	26	N.A	26	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
32	JAMES FERNEY LANDAZURY ARBOLEDA	OPERARIO	ENERO	10	1,192,892,545																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	10	10	N.A	10	N.A	10	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
33	NIXON AFRANIO CUASTUMAN PASCUR	OPERARIO	ENERO	10	1,088,589,878																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	10	10	N.A	10	N.A	10	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
34	PASTOR BRAVO DELGADO	OPERARIO	ENERO	31	87,247,322	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
35	HENRY MILCIADES GALEANO VILLABA	OPERARIO	ENERO	31	87,719,507	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
36	ASTAIZA ESVAR	OPERARIO	ENERO	31	3,131,788	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
37	HERNANDO ROJAS GARAVITO	OPERARIO	ENERO	31	6,758,635	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
38	ROGER EMIRO NAVARRO MENDOZA	OPERARIO	ENERO	31	6,662,294	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
39	CAMILO ANDRES ANDRADE ALVAREZ	AYUDANTE DE MAQUINARIA Y EQUIPOS	ENERO	14	114,225,550																		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	14	14	N.A	14	N.A	14	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
40	JULIO EDUARDO VERA MALURANDA	CADENERO PRIMERO	ENERO	31	10,028,035	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
41	ELKIN DARIO CANDIDO ARANGO	CADENERO PRIMERO	ENERO	20	10,185,815													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	20	20	9429665831	20	9429665831	20	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
42	JHONATAN LEONARDO BUSTOS ANGULO	INSPECTOR DE OBRA	ENERO	31	1,110,532,599	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429666760	31	31	9429666760	31	9429666760	31	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	SOPORTE DE AFILIACION
43	WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ	INSPECTOR SST	ENERO	21	1,045,142,715											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	21	21	N.A	21	N.A	21	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	SOPORTE DE AFILIACION
44	JOSE OMAR BUSTOS ESCARRAGA	MAESTRO DE OBRA	ENERO	31	10,171,483	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429666760	31	31	9429666760	31	9429666760	31	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
45	CARLOS FERNANDO GARCIA	OFICIAL DE OBRA	ENERO	13	112,482,764																			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	13	13	N.A	13	N.A	13	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	SOPORTE DE AFILIACION
46	YILBER JAVIER MURILLO MONDRAGON	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	14	1,120,873,023																									X	X	X	X	X	N.A	14	14	N.A	14	N.A	14	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
47	ANDRES ALBERTO SOMOSA MARTINEZ	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	19	1,006,489,746														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	19	19	N.A	19	N.A	19	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
48	ANDERSON ESTEBAN MONTENEGRO RIVAS	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	20	1,006,944,054													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	20	20	N.A	20	N.A	20	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
49	ARLES DAVID COBOS SANCHEZ	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	21	1,081,182,279										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	21	21	9429665831	21	9429665831	21	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
50	FREDY MEDINA	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	18	1,088,590,588															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	18	18	9429665831	18	9429665831	18	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
51	JUAN CARLOS BETANCOURTH PINEDA	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	28	1,124,824,023				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	28	28	9429665831	28	9429665831	28	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
52	EDINSON RODRIGUEZ JOROPA	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	10	1,117,326,351																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429647231	10	10	9429647231	10	9429647231	10	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
53	FRANSISCO DURAN DURAN	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	10	8,191,891																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429647231	10	10	9429647231	10	9429647231	10	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
54	GERARDO RODRIGUEZ SANTOS	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	10	74,846,228																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429647231	10	10	9429647231	10	9429647231	10	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
55	RAUL MAVISOY CUCHALA	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	27	18,112,879						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	27	27	N.A	27	N.A	27	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	SOPORTE DE AFILIACION
56	JONATAN ESTEBAN ALFONZO ORTOZ	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	21	1,007,442,266											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	21	21	N.A	21	N.A	21	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	SOPORTE DE AFILIACION
57	JULIO CESAR MONTENEGRO	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	21	8,192,494											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	21	21	N.A	21	N.A	21	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	SOPORTE DE AFILIACION
58	YEISSON ALEXANDER TORRES RAMIREZ	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	21	1,124,412,420											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	21	21	N.A	21	N.A	21	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	SOPORTE DE AFILIACION
59	ELMAN SUBIDER URBANO DURAN	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	13	8,192,059																			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	13	13	N.A	13	N.A	13	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	SOPORTE DE AFILIACION
60	YIMIN EMILIO PINZON DIAZ	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	13	86,067,724																			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	13	13	N.A	13	N.A	13	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	SOPORTE DE AFILIACION
61	CARLOS BRITO GARCIA GERRERO	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	13	17,390,553																			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	13	13	N.A	13	N.A	13	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	SOPORTE DE AFILIACION

INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS
PROCESO GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA VIAL
MANUAL DE INTERVENTORÍA OBRA PUBLICA
CONTROL APORTES LEGALES Y SEGURIDAD SOCIAL CONTRATO DE OBRA

CÓDIGO	MINFRA-MN-IN-15-FR-12		
VERSIÓN	1		
PÁGINA	1	DE	1
FECHA	31 (Día)	1 (Mes)	2022 (Año)

UNIDAD EJECUTORA: GERENCIA DE GRANDES PROYECTOS 2

DIRECCIÓN TERRITORIAL: META

CONTRATO DE OBRA No: 974 DE 2021

CONTRATISTA: CONSORCIO SD VICHADA

CARRETERA Y/O PROYECTO: MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO, GESTIÓN PREDIAL, SOCIAL Y AMBIENTAL SOSTENIBLE DE LA CONEXIÓN PACÍFICO – ORINOQUÍA SECTOR PUENTE ARIMENA – VIENTO – SANTA CECILIA (PUENTE ARIMENA – VIENTO; JURIEPE – PUERTO CARREÑO), EN LOS DEPARTAMENTOS DE META Y VICHADA, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VÍAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030". MÓDULO 4.

MES Y AÑO DEL INFORME MENSUAL: ENERO DE 2022

SECTOR: PUENTE ARIMENA - EL VIENTO

VERIFICACIÓN DOCUMENTACIÓN APORTES LEGALES Y SEGURIDAD SOCIAL

	Nombre	Cargo	Período laborado	No. Días mes (Base Liquidación)	C.C.	Días del Mes																													EPS		ARL	Pensiones		Caja de Compensación - ICBF Y SENA		Razón Social del Responsable del Pago (Ver nota 1)	Observaciones
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Planilla	No. días cotiza		Planilla	No. días cotiza	Planilla	No días cotiza dos		
62	MARIO ARCESIO MARTINEZ INFANTE	AYUDANTE DE OBRA	ENERO	13	1,124,820,067																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	13	13	N.A	13	N.A	13	ASBE CONSTRUCTORES S.A.S	SOPORTE DE AFILIACION
63	LAURA MARCELA SERRATO CASTILLO	REGULADORA DE TRANSITO	ENERO	19	1,124,190,686												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	19	19	N.A	19	N.A	19	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
64	DAIRA LILIANA MONTENEGRO JIMENEZ	REGULADORA DE TRANSITO	ENERO	19	1,124,833,309												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	19	19	N.A	19	N.A	19	CONSORCIO SD VICHADA	SOPORTE DE AFILIACION
65	ANA JULIA ANDRADE ALVAREZ	REGULADORA DE TRANSITO	ENERO	21	1,112,471,082										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	21	21	9429665831	21	9429665831	21	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
66	MARISELA OLIVEROS ALVARES	REGULADORA DE TRANSITO	ENERO	31	1,006,878,538	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
67	ANGEL JUAQUIN LADINO SABACHE	CONDUCTOR	ENERO	13	1,124,824,023																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	13	13	9429665831	13	9429665831	13	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
68	OSCAR ARMANDO SANTACRUZ MORA	CONDUCTOR DE VOLQUETA Y VEHICULO	ENERO	31	98,325,177	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
69	ALVEIRO DURAN NAVARRO	CONDUCTOR DE VOLQUETA Y VEHICULO	ENERO	31	87,719,507	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
70	HERNAN ENRIQUE TORRES VIANA	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	72,239,081	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429184231	31	31	9429184231	31	9429184231	31	PAVIMENTOS EL DORADO	PLANILLA DE SEGURIDAD
71	RICARDO FELIPE IBARRA PUCHANA	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	98,326,058	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
72	ANCIZAR SANCHEZ AVILES	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	1,117,511,252	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
73	PABLO ANTONIO LEGUIZAMON CUERVO	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	79,566,679	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
74	DIEGO ARMANDO MITEZ PASTAS	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	6,229,129	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	31	31	9429665831	31	9429665831	31	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
75	LENIN CHARRY MENDEZ	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	16	96,354,824																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	16	16	9429665831	16	9429665831	16	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
76	TITO RINCON MENDEZ	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	24	86,070,848							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429665831	24	24	9429665831	24	9429665831	24	CONSORCIO SD VICHADA	PLANILLA DE SEGURIDAD
77	MIGUEL GERRERO	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	11,231,849	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429330542	31	31	9429330542	31	9429330542	31	ALMACEN Y TRASNPORTE LA VARIANTE SJ S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
78	HEBER IZQUIERDO	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	2,231,313	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429330542	31	31	9429330542	31	9429330542	31	ALMACEN Y TRASNPORTE LA VARIANTE SJ S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
79	JUAN ANDRES MIRANDA	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	86,065,087	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429330542	31	31	9429330542	31	9429330542	31	ALMACEN Y TRASNPORTE LA VARIANTE SJ S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
80	RAULBRAVO SUAREZ	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	17,413,863	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429351515	31	31	9429351515	31	9429351515	31	AGROCARGOS S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
81	MAURICIO CASTAÑEDA CASTRO	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	86,059,682	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429351515	31	31	9429351515	31	9429351515	31	AGROCARGOS S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
82	WILLIAM ALAXANDER QUIROGA CAMARGO	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	91,004,141	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	22365755	31	31	22365755	31	22365755	31	IES INGENIEROA EQUIPOS Y SERVICIOS S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
83	EDUAR ALONZO MAHECHA TOMBE	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	1,115,725,154	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	22365755	31	31	22365755	31	22365755	31	IES INGENIEROA EQUIPOS Y SERVICIOS S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
84	BERNARDO CASTAÑEDA SIERRA	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	17,313,028	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429440653	31	31	9429440653	31	9429440653	31	PICHON MOLINA VICTOR HUGO	PLANILLA DE SEGURIDAD
85	AUBLEY AMADA DUARTE	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	29	1,122,122,255			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	29	29	N.A	29	N.A	29	PICHON MOLINA VICTOR HUGO	SOPORTE DE AFILIACION
86	NILSON ARAMANDO GUTIERREZ	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	96,190,967	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8354580805	31	31	8354580805	31	8354580805	31	NILSON ARMANDO GUTIERREZ	PLANILLA DE SEGURIDAD
87	FREDY ABELARDO OSPINA OPSINA	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	86,011,016	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	101041873	31	31	101041873	31	101041873	31	CRECIENDO CON EL META S.A.S	PLANILLA DE SEGURIDAD
88	CARLOS ANDRES CASTRO GUTIERREZ	CONDUCTOR DE VOLQUETA	ENERO	31	86,061,791	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7824336263	31	31	7824336263	31	7824336263	31	DINA MATILDE GALVIS ZAPATA	PLANILLA DE SEGURIDAD
89	JUAN PABLO LOPEZ ALDANA	CORDINADOR DE SEGURIDAD	ENERO	10	86,053,734																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429593763	10	10	9429593763	10	9429593763	10	VIGILANCIA YU SEGBURIDAD FARALLONES LTDA	PLANILLA DE SEGURIDAD
90	ELKIN OVIDIO COCA ARIAS	GUARDA DE SEGURIDAD	ENERO	13	1,124,823,297																			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429593763	13	13	9429593763	13	9429593763	13	VIGILANCIA YU SEGBURIDAD FARALLONES LTDA	PLANILLA DE SEGURIDAD
91	LUIS ERIKSON ESPINOSA URBANO	GUARDA DE SEGURIDAD	ENERO	10	1,124,822,874																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	9429593763	10	10	9429593763	10	9429593763	10	VIGILANCIA YU SEGBURIDAD FARALLONES LTDA	PLANILLA DE SEGURIDAD
92	LUIS IGNACIO ESPINOSA MADRID	GUARDA DE SEGURIDAD	ENERO	26	17,343,493						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	N.A	26	26	N.A	26	N.A	26	VIGILANCIA YU SEGBURIDAD FARALLONES LTDA	PLANILLA DE SEGURIDAD

1. El responsable del pago debe corresponder al Contratista con quien el INVIAS suscribio el Contrato de Obra. Cuando se trate de Consorcio o Unión Temporal, debe indicarse el integrante que realiza los pagos. Para el caso de contratos de prestación de servicios la razón social corresponde al nombre del Contratista de prestación de servicios.

2. El Interventor es el responsable de la verificación del pago de los Aportes Legales y Seguridad Social del personal vinculado al Contrato de Obra.

Firma

Nombre : **LEONARDO ALFONSO NUR RANGEL**
Director de Obra
Matricula No.: -196801CND

Firma

Nombre : **EFRAIN DE JESUS PINEDA BUELVAS**
DIRECTOR DE INTERVENTORIA
Matricula No. : 05202-37791 ANT

Original: Informe mensual Archivo de Gestión del contrato (Subdirección Administrativa)
Copias: Interventor, Dirección Territorial

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901529301	2	CONSORCIO SD	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SD	CRA 86 No. 51 - 66 OF 204	PUERTO GAITAN-META	3456777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1289374141	9429665831	E	2022/01/04	2022/01/18	BANCOLOMBIA	14	$21,803,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CONSORCIO SD (36 Afiliados)																							$75,013,172	$12,139,500			$75,013,172	$2,801,500			$74,585,857	$2,783,900			$75,013,172	$4,078,900		$0	$0		$21,803,800
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (25 Afiliados)																							$16,432,303	$2,667,600			$16,432,303	$456,900			$15,824,409	$432,100			$16,432,303	$0		$0	$0		$3,556,600
Ciudad: PUERTO GAITAN Depto: META (25 Afiliados)																							$16,432,303	$2,667,600			$16,432,303	$456,900			$15,824,409	$432,100			$16,432,303	$0		$0	$0		$3,556,600
1	CC	1020814604	ARBOLEDA JIMENEZ LUIS CARLOS													X					230301	1	$113,333	$18,200	EPS005	1	$113,333	$4,600	CCF34	1	$113,333	$4,600	14-25	1	$113,333	$0	1	$0	$0	Si	$27,400
2	CC	1020814604	ARBOLEDA JIMENEZ LUIS CARLOS													L					230301	3	$339,999	$54,400	EPS005	3	$339,999	$13,600	CCF34	3	$339,999	$13,600	14-25	3	$339,999	$0	3	$0	$0	Si	$81,600
3	CC	1020814604	ARBOLEDA JIMENEZ LUIS CARLOS										X								230301	4	$453,333	$72,600	EPS005	4	$453,333	$0	CCF34	4	$453,333	$0	14-25	4	$453,333	$0	4	$0	$0	Si	$72,600
4	CC	1064307734	ARCE BARRIOS WALTER DAVID													X					231001	1	$69,418	$11,200	EPS037	1	$69,418	$2,800	CCF34	1	$67,500	$2,700	14-25	1	$69,418	$0	1	$0	$0	Si	$16,700
5	CC	1064307734	ARCE BARRIOS WALTER DAVID										X								231001	3	$208,253	$33,400	EPS037	3	$208,253	$0	CCF34	3	$208,253	$0	14-25	3	$208,253	$0	3	$0	$0	Si	$33,400
6	CC	1064307734	ARCE BARRIOS WALTER DAVID													L					231001	4	$277,672	$44,500	EPS037	4	$277,672	$11,200	CCF34	4	$270,000	$10,800	14-25	4	$277,672	$0	4	$0	$0	Si	$66,500
7	CC	11280340	ARENAS ARENAS DAVID										X								25-14	1	$86,250	$13,800	EPS005	1	$86,250	$0	CCF34	1	$86,250	$0	14-25	1	$86,250	$0	1	$0	$0	Si	$13,800
8	CC	11280340	ARENAS ARENAS DAVID													X					25-14	2	$172,500	$27,600	EPS005	2	$172,500	$6,900	CCF34	2	$172,500	$6,900	14-25	2	$172,500	$0	2	$0	$0	Si	$41,400
9	CC	11280340	ARENAS ARENAS DAVID													L					25-14	5	$431,250	$69,000	EPS005	5	$431,250	$17,300	CCF34	5	$431,250	$17,300	14-25	5	$431,250	$0	5	$0	$0	Si	$103,600
10	CC	1007226085	ARGUELLO CASTELLAR JOLVER YESID													L					230201	2	$120,000	$19,200	ESSC24	2	$120,000	$4,800	CCF34	2	$120,000	$4,800	14-25	2	$120,000	$0	2	$0	$0	Si	$28,800
11	CC	1007226085	ARGUELLO CASTELLAR JOLVER YESID										X								230201	6	$360,000	$57,600	ESSC24	6	$360,000	$0	CCF34	6	$360,000	$0	14-25	6	$360,000	$0	6	$0	$0	Si	$57,600
12	CC	6228482	BOTINA RIASCOS CRISTHIAN ERMEL													X					231001	1	$56,667	$9,100	EPS037	1	$56,667	$2,300	CCF34	1	$56,667	$2,300	14-25	1	$56,667	$0	1	$0	$0	Si	$13,700
13	CC	6228482	BOTINA RIASCOS CRISTHIAN ERMEL													L					231001	7	$396,669	$63,500	EPS037	7	$396,669	$15,900	CCF34	7	$396,669	$15,900	14-25	7	$396,669	$0	7	$0	$0	Si	$95,300
14	CC	24713683	BRAVO ROBLES LINA MARCELA										X								25-14	1	$83,333	$13,400	EPS010	1	$83,333	$0	CCF34	1	$83,333	$0	14-25	1	$83,333	$0	1	$0	$0	Si	$13,400
15	CC	24713683	BRAVO ROBLES LINA MARCELA													X					25-14	2	$166,667	$26,700	EPS010	2	$166,667	$6,700	CCF34	2	$166,667	$6,700	14-25	2	$166,667	$0	2	$0	$0	Si	$40,100
16	CC	24713683	BRAVO ROBLES LINA MARCELA													L					25-14	5	$416,665	$66,700	EPS010	5	$416,665	$16,700	CCF34	5	$416,665	$16,700	14-25	5	$416,665	$0	5	$0	$0	Si	$100,100
17	CC	10185815	CANDIDO ARANGO ELKIN DARIO													L					230301	2	$86,246	$13,800	EPS002	2	$86,246	$3,500	CCF34	2	$86,246	$3,500	14-25	2	$86,246	$0	2	$0	$0	Si	$20,800
18	CC	10185815	CANDIDO ARANGO ELKIN DARIO										X								230301	6	$258,740	$41,400	EPS002	6	$258,740	$0	CCF34	6	$258,740	$0	14-25	6	$258,740	$0	6	$0	$0	Si	$41,400
19	CC	96354824	CHARRY MENDEZ LENIN													L					230301	1	$48,333	$7,800	EPS037	1	$48,333	$2,000	CCF34	1	$48,333	$2,000	14-25	1	$48,333	$0	1	$0	$0	Si	$11,800
20	CC	96354824	CHARRY MENDEZ LENIN										X								230301	7	$338,333	$54,200	EPS037	7	$338,333	$0	CCF34	7	$338,333	$0	14-25	7	$338,333	$0	7	$0	$0	Si	$54,200
21	CC	1088590588	ESPAÑA ROSERO JOSE JAVIER													X					230301	1	$110,000	$17,600	EPSIC5	1	$110,000	$4,400	CCF34	1	$110,000	$4,400	14-25	1	$110,000	$0	1	$0	$0	Si	$26,400
22	CC	1088590588	ESPAÑA ROSERO JOSE JAVIER													L					230301	3	$330,000	$52,800	EPSIC5	3	$330,000	$13,200	CCF34	3	$330,000	$13,200	14-25	3	$330,000	$0	3	$0	$0	Si	$79,200
23	CC	1088590588	ESPAÑA ROSERO JOSE JAVIER										X								230301	4	$440,000	$70,400	EPSIC5	4	$440,000	$0	CCF34	4	$440,000	$0	14-25	4	$440,000	$0	4	$0	$0	Si	$70,400
24	CC	1121953302	FONSECA CRUZ LAURA ALEJANDRA													L					230301	1	$44,833	$7,200	EPS002	1	$44,833	$1,800	CCF34	1	$44,833	$1,800	14-25	1	$44,833	$0	1	$0	$0	Si	$10,800
25	CC	1121953302	FONSECA CRUZ LAURA ALEJANDRA										X								230301	7	$313,833	$50,300	EPS002	7	$313,833	$0	CCF34	7	$313,833	$0	14-25	7	$313,833	$0	7	$0	$0	Si	$50,300
26	CC	10185716	GARCIA GUEVARA MILLIVATH EULICE													X					230301	2	$186,667	$29,900	EPS005	2	$186,667	$7,500	CCF34	2	$186,667	$7,500	14-25	2	$186,667	$0	2	$0	$0	Si	$44,900
27	CC	10185716	GARCIA GUEVARA MILLIVATH EULICE													L					230301	6	$559,998	$89,600	EPS005	6	$559,998	$22,400	CCF34	6	$559,998	$22,400	14-25	6	$559,998	$0	6	$0	$0	Si	$134,400

28	CC	46382110	GONZALEZ QUINTERO MARILUZ													X					231001	1	$143,333	$24,600	ESSC24	1	$143,333	$5,800	CCF34	1	$143,333	$5,800	14-25	1	$143,333	$0	1	$0	$0	Si	$36,200
29	CC	46382110	GONZALEZ QUINTERO MARILUZ													L					231001	3	$429,999	$73,200	ESSC24	3	$429,999	$17,200	CCF34	3	$429,999	$17,200	14-25	3	$429,999	$0	3	$0	$0	Si	$107,600
30	CC	46382110	GONZALEZ QUINTERO MARILUZ										X								231001	4	$573,333	$97,600	ESSC24	4	$573,333	$0	CCF34	4	$573,333	$0	14-25	4	$573,333	$0	4	$0	$0	Si	$97,600
31	CC	98326058	IBARRA PUCHANA RICARDO FELIPE										X								25-14	1	$58,554	$9,400	EPS005	1	$58,554	$0	CCF34	1	$58,554	$0	14-25	1	$58,554	$0	1	$0	$0	Si	$9,400
32	CC	98326058	IBARRA PUCHANA RICARDO FELIPE													X					25-14	2	$117,107	$18,800	EPS005	2	$117,107	$4,700	CCF34	2	$96,667	$3,900	14-25	2	$117,107	$0	2	$0	$0	Si	$27,400
33	CC	98326058	IBARRA PUCHANA RICARDO FELIPE													L					25-14	5	$292,770	$46,900	EPS005	5	$292,770	$11,800	CCF34	5	$241,667	$9,700	14-25	5	$292,770	$0	5	$0	$0	Si	$68,400
34	CC	79566679	LEGUIZAMON CUERVO PABLO ANTONIO													X					25-14	1	$50,657	$8,200	EPS017	1	$50,657	$2,100	CCF34	1	$48,333	$2,000	14-25	1	$50,657	$0	1	$0	$0	Si	$12,300
35	CC	79566679	LEGUIZAMON CUERVO PABLO ANTONIO										X								25-14	3	$151,971	$24,400	EPS017	3	$151,971	$0	CCF34	3	$151,971	$0	14-25	3	$151,971	$0	3	$0	$0	Si	$24,400
36	CC	79566679	LEGUIZAMON CUERVO PABLO ANTONIO													L					25-14	4	$202,628	$32,500	EPS017	4	$202,628	$8,200	CCF34	4	$193,333	$7,800	14-25	4	$202,628	$0	4	$0	$0	Si	$48,500
37	CC	6229129	MITEZ PASTAS DIEGO ARMANDO													X					230301	1	$48,333	$7,800	EPSIC5	1	$48,333	$2,000	CCF34	1	$48,333	$2,000	14-25	1	$48,333	$0	1	$0	$0	Si	$11,800
38	CC	6229129	MITEZ PASTAS DIEGO ARMANDO										X								230301	3	$145,000	$23,200	EPSIC5	3	$145,000	$0	CCF34	3	$145,000	$0	14-25	3	$145,000	$0	3	$0	$0	Si	$23,200
39	CC	6229129	MITEZ PASTAS DIEGO ARMANDO													L					230301	4	$193,332	$31,000	EPSIC5	4	$193,332	$7,800	CCF34	4	$193,332	$7,800	14-25	4	$193,332	$0	4	$0	$0	Si	$46,600
40	CC	87712377	NASTACUAS CARLOS ANTONIO													L					25-14	1	$80,000	$12,800	EPS005	1	$80,000	$3,200	CCF34	1	$80,000	$3,200	14-25	1	$80,000	$0	1	$0	$0	Si	$19,200
41	CC	87712377	NASTACUAS CARLOS ANTONIO										X								25-14	7	$560,000	$89,600	EPS005	7	$560,000	$0	CCF34	7	$560,000	$0	14-25	7	$560,000	$0	7	$0	$0	Si	$89,600
42	CC	79590847	NUR RANGEL LEONARDO ALFONSO													X					25-14	2	$600,000	$102,000	MIN001	2	$600,000	$24,000	CCF34	2	$600,000	$24,000	14-25	2	$600,000	$0	2	$0	$0	Si	$150,000
43	CC	79590847	NUR RANGEL LEONARDO ALFONSO													L					25-14	6	$1,800,000	$306,000	MIN001	6	$1,800,000	$72,000	CCF34	6	$1,800,000	$72,000	14-25	6	$1,800,000	$0	6	$0	$0	Si	$450,000
44	CC	17325451	PARRADO RUIZ NELSON EDUARDO													X					230301	1	$86,250	$13,800	EPS005	1	$86,250	$3,500	CCF34	1	$86,250	$3,500	14-25	1	$86,250	$0	1	$0	$0	Si	$20,800
45	CC	17325451	PARRADO RUIZ NELSON EDUARDO										X								230301	3	$258,750	$41,400	EPS005	3	$258,750	$0	CCF34	3	$258,750	$0	14-25	3	$258,750	$0	3	$0	$0	Si	$41,400
46	CC	17325451	PARRADO RUIZ NELSON EDUARDO													L					230301	4	$345,000	$55,200	EPS005	4	$345,000	$13,800	CCF34	4	$345,000	$13,800	14-25	4	$345,000	$0	4	$0	$0	Si	$82,800
47	CC	11281264	RODRIGUEZ SANCHEZ JOAN CAMILO										X								230201	2	$128,159	$20,600	EPS010	2	$128,159	$0	CCF34	2	$128,159	$0	14-25	2	$128,159	$0	2	$0	$0	Si	$20,600
48	CC	11281264	RODRIGUEZ SANCHEZ JOAN CAMILO													X					230201	2	$128,159	$20,600	EPS010	2	$128,159	$5,200	CCF34	2	$113,133	$4,600	14-25	2	$128,159	$0	2	$0	$0	Si	$30,400
49	CC	11281264	RODRIGUEZ SANCHEZ JOAN CAMILO													L					230201	4	$256,320	$41,100	EPS010	4	$256,320	$10,300	CCF34	4	$226,267	$9,100	14-25	4	$256,320	$0	4	$0	$0	Si	$60,500
50	CC	98138680	SALDAÑA PANTOJA JOSE FERNANDO													X					230301	1	$100,045	$16,100	EPS037	1	$100,045	$4,100	CCF34	1	$78,467	$3,200	14-25	1	$100,045	$0	1	$0	$0	Si	$23,400
51	CC	98138680	SALDAÑA PANTOJA JOSE FERNANDO													L					230301	7	$700,315	$112,100	EPS037	7	$700,315	$28,100	CCF34	7	$549,267	$22,000	14-25	7	$700,315	$0	7	$0	$0	Si	$162,200
52	CC	1117511252	SANCHEZ AVILES ANCIZAR										X								230301	2	$103,679	$16,600	EPS044	2	$103,679	$0	CCF34	2	$103,679	$0	14-25	2	$103,679	$0	2	$0	$0	Si	$16,600
53	CC	1117511252	SANCHEZ AVILES ANCIZAR													X					230301	2	$103,679	$16,600	EPS044	2	$103,679	$4,200	CCF34	2	$96,667	$3,900	14-25	2	$103,679	$0	2	$0	$0	Si	$24,700
54	CC	1117511252	SANCHEZ AVILES ANCIZAR													L					230301	4	$207,360	$33,200	EPS044	4	$207,360	$8,300	CCF34	4	$193,333	$7,800	14-25	4	$207,360	$0	4	$0	$0	Si	$49,300
55	CC	98325177	SANTACRUZ MORA OSCAR ARMANDO										X								25-14	1	$71,291	$11,500	EPS005	1	$71,291	$0	CCF34	1	$71,291	$0	14-25	1	$71,291	$0	1	$0	$0	Si	$11,500
56	CC	98325177	SANTACRUZ MORA OSCAR ARMANDO													X					25-14	2	$142,583	$22,900	EPS005	2	$142,583	$5,800	CCF34	2	$109,086	$4,400	14-25	2	$142,583	$0	2	$0	$0	Si	$33,100
57	CC	98325177	SANTACRUZ MORA OSCAR ARMANDO													L					25-14	5	$356,455	$57,100	EPS005	5	$356,455	$14,300	CCF34	5	$241,667	$9,700	14-25	5	$356,455	$0	5	$0	$0	Si	$81,100
58	CC	97472361	SOSA MORALES JAVIER ANTONIO													X					25-14	1	$90,000	$14,400	EPS037	1	$90,000	$3,600	CCF34	1	$90,000	$3,600	14-25	1	$90,000	$0	1	$0	$0	Si	$21,600
59	CC	97472361	SOSA MORALES JAVIER ANTONIO													L					25-14	3	$270,000	$43,200	EPS037	3	$270,000	$10,800	CCF34	3	$270,000	$10,800	14-25	3	$270,000	$0	3	$0	$0	Si	$64,800
60	CC	97472361	SOSA MORALES JAVIER ANTONIO										X								25-14	4	$360,000	$57,600	EPS037	4	$360,000	$0	CCF34	4	$360,000	$0	14-25	4	$360,000	$0	4	$0	$0	Si	$57,600
61	CC	10028035	VERA MARULANDA JULIO EDUARDO										X								231001	2	$101,396	$16,300	EPS037	2	$101,396	$0	CCF34	2	$101,396	$0	14-25	2	$101,396	$0	2	$0	$0	Si	$16,300
62	CC	10028035	VERA MARULANDA JULIO EDUARDO													X					231001	2	$101,396	$16,300	EPS037	2	$101,396	$4,100	CCF34	2	$86,247	$3,500	14-25	2	$101,396	$0	2	$0	$0	Si	$23,900
63	CC	10028035	VERA MARULANDA JULIO EDUARDO													L					231001	4	$202,792	$32,500	EPS037	4	$202,792	$8,200	CCF34	4	$172,493	$6,900	14-25	4	$202,792	$0	4	$0	$0	Si	$47,600

64	CC	1120874624	VILLALOBOS VANEGAS JULIAN ESTEBAN													X					231001	2	$100,667	$16,200	EPS002	2	$100,667	$4,100	CCF34	2	$80,000	$3,200	14-25	2	$100,667	$0	2	$0	$0	Si	$23,500
65	CC	1120874624	VILLALOBOS VANEGAS JULIAN ESTEBAN													L					231001	6	$301,998	$48,400	EPS002	6	$301,998	$12,100	CCF34	6	$240,000	$9,600	14-25	6	$301,998	$0	6	$0	$0	Si	$70,100
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (36 Afiliados)																							**$58,580,869**	**$9,471,900**			**$58,580,869**	**$2,344,600**			**$58,761,448**	**$2,351,800**			**$58,580,869**	**$4,078,900**		**$0**	**$0**		**$18,247,200**
Ciudad: PUERTO CONCORDIA Depto: META (1 Afiliados)																							**$635,969**	**$101,800**			**$635,969**	**$25,500**			**$635,969**	**$25,500**			**$635,969**	**$44,300**		**$0**	**$0**		**$197,100**
66	CC	98673200	COBOS SANCHEZ ARLEX DAVID	X																	230301	21	$635,969	$101,800	EPS037	21	$635,969	$25,500	CCF34	21	$635,969	$25,500	14-25	21	$635,969	$44,300	21	$0	$0	Si	$197,100
Ciudad: PUERTO GAITAN Depto: META (35 Afiliados)																							**$57,944,900**	**$9,370,100**			**$57,944,900**	**$2,319,100**			**$58,125,479**	**$2,326,300**			**$57,944,900**	**$4,034,600**		**$0**	**$0**		**$18,050,100**

PLANILLA PAGADA

Planilla Resumen

67	CC	52368622	AMORTEGUI DIANA PAOLA	X																	25-14	17	$2,266,667	$362,700	EPS005	17	$2,266,667	$90,700	CCF34	17	$2,266,667	$90,700	14-25	17	$2,266,667	$157,800	17	$0	$0	Si	$701,900
68	CC	1081182279	ANDRADE ALVAREZ ANA JULIA	X																	230301	21	$635,969	$101,800	EPS037	21	$635,969	$25,500	CCF34	21	$635,969	$25,500	14-25	21	$635,969	$44,300	21	$0	$0	Si	$197,100
69	CC	1020814604	ARBOLEDA JIMENEZ LUIS CARLOS																		230301	22	$2,493,334	$399,000	EPS005	22	$2,493,334	$99,800	CCF34	22	$2,493,334	$99,800	14-25	22	$2,493,334	$173,600	22	$0	$0	Si	$772,200
70	CC	1064307734	ARCE BARRIOS WALTER DAVID									X									231001	22	$1,558,828	$249,500	EPS037	22	$1,558,828	$62,400	CCF34	22	$1,558,828	$62,400	14-25	22	$1,558,828	$108,500	22	$0	$0	Si	$482,800
71	CC	11280340	ARENAS ARENAS DAVID																		25-14	22	$1,897,500	$303,600	EPS005	22	$1,897,500	$75,900	CCF34	22	$1,897,500	$75,900	14-25	22	$1,897,500	$132,100	22	$0	$0	Si	$587,500
72	CC	1007226085	ARGUELLO CASTELLAR JOLVER YESID	X																	230201	22	$1,320,000	$211,200	ESSC24	22	$1,320,000	$52,800	CCF34	22	$1,320,000	$52,800	14-25	22	$1,320,000	$91,900	22	$0	$0	Si	$408,700
73	CC	1124824023	BETANCOURTH PINEDA JUAN CARLOS	X								X									230301	28	$1,040,452	$166,500	EPS044	28	$1,040,452	$41,700	CCF34	28	$1,040,452	$41,700	14-25	28	$1,040,452	$72,500	28	$0	$0	Si	$322,400
74	CC	6228482	BOTINA RIASCOS CRISTHIAN ERMEL																		231001	22	$1,246,667	$199,500	EPS037	22	$1,246,667	$49,900	CCF34	22	$1,246,667	$49,900	14-25	22	$1,246,667	$86,800	22	$0	$0	Si	$386,100
75	CC	24713683	BRAVO ROBLES LINA MARCELA																		25-14	22	$1,833,334	$293,400	EPS010	22	$1,833,334	$73,400	CCF34	22	$1,833,334	$73,400	14-25	22	$1,833,334	$127,700	22	$0	$0	Si	$567,900
76	CC	10185815	CANDIDO ARANGO ELKIN DARIO	X								X									230301	20	$950,982	$152,200	EPS002	20	$950,982	$38,100	CCF34	20	$862,467	$34,500	14-25	20	$950,982	$66,200	20	$0	$0	Si	$291,000
77	CC	96354824	CHARRY MENDEZ LENIN	X								X									230301	16	$822,667	$131,700	EPS037	16	$822,667	$33,000	CCF34	16	$773,334	$31,000	14-25	16	$822,667	$57,300	16	$0	$0	Si	$253,000
78	CC	1112471082	COBO URBANO RUSBEL																		230301	30	$2,070,000	$331,200	EPS037	30	$2,070,000	$82,800	CCF34	30	$2,070,000	$82,800	14-25	30	$2,070,000	$144,100	30	$0	$0	Si	$640,900
79	CC	1088590588	ESPAÑA ROSERO JOSE JAVIER																		230301	22	$2,420,000	$387,200	EPSIC5	22	$2,420,000	$96,800	CCF34	22	$2,420,000	$96,800	14-25	22	$2,420,000	$168,500	22	$0	$0	Si	$749,300
80	CC	1121953302	FONSECA CRUZ LAURA ALEJANDRA	X								X									230301	9	$476,167	$76,200	EPS002	9	$476,167	$19,100	CCF34	9	$403,500	$16,200	14-25	9	$476,167	$33,200	9	$0	$0	Si	$144,700
81	CC	10185716	GARCIA GUEVARA MILLIVATH EULICE																		230301	22	$2,053,334	$328,600	EPS005	22	$2,053,334	$82,200	CCF34	22	$2,053,334	$82,200	14-25	22	$2,053,334	$143,000	22	$0	$0	Si	$636,000
82	CC	46382110	GONZALEZ QUINTERO MARILUZ																		231001	22	$3,153,334	$536,200	ESSC24	22	$3,153,334	$126,200	CCF34	22	$3,153,334	$126,200	14-25	22	$3,153,334	$219,500	22	$0	$0	Si	$1,008,100
83	CC	98326058	IBARRA PUCHANA RICARDO FELIPE									X									25-14	22	$1,116,199	$178,600	EPS005	22	$1,116,199	$44,700	CCF34	22	$1,116,199	$44,700	14-25	22	$1,116,199	$77,700	22	$0	$0	Si	$345,700
84	CC	17349546	LADINO AZABACHE ANGEL JOAQUIN	X																	230301	13	$411,667	$65,900	EPS037	13	$411,667	$16,500	CCF34	13	$411,667	$16,500	14-25	13	$411,667	$28,700	13	$0	$0	Si	$127,600
85	CC	79566679	LEGUIZAMON CUERVO PABLO ANTONIO									X									25-14	22	$1,153,958	$184,700	EPS017	22	$1,153,958	$46,200	CCF34	22	$1,153,958	$46,200	14-25	22	$1,153,958	$80,400	22	$0	$0	Si	$357,500
86	CC	1095962527	LOPEZ GUTIERREZ MARIA EUGENIA																		230201	30	$3,100,000	$496,000	EPS037	30	$3,100,000	$124,000	CCF34	30	$3,100,000	$124,000	14-25	30	$3,100,000	$215,800	30	$0	$0	Si	$959,800
87	CC	8193009	MEDINA FREDY	X																	230201	18	$545,116	$87,300	EPS044	18	$545,116	$21,900	CCF34	18	$545,116	$21,900	14-25	18	$545,116	$38,000	18	$0	$0	Si	$169,100
88	CC	6229129	MITEZ PASTAS DIEGO ARMANDO									X									230301	22	$1,081,333	$173,100	EPSIC5	22	$1,081,333	$43,300	CCF34	22	$1,063,333	$42,600	14-25	22	$1,081,333	$75,300	22	$0	$0	Si	$334,300
89	CC	87712377	NASTACUAS CARLOS ANTONIO	X																	25-14	16	$1,280,000	$204,800	EPS005	16	$1,280,000	$51,200	CCF34	16	$1,280,000	$51,200	14-25	16	$1,280,000	$89,100	16	$0	$0	Si	$396,300
90	CC	79590847	NUR RANGEL LEONARDO ALFONSO																		25-14	22	$6,600,000	$1,122,000	MIN001	22	$6,600,000	$264,000	CCF34	22	$6,600,000	$264,000	14-25	22	$6,600,000	$459,400	22	$0	$0	Si	$2,109,400
91	CC	1006878538	OLIVEROS ALVAREZ MARISELA									X									230301	30	$936,917	$150,000	CCFC55	30	$936,917	$37,500	CCF34	30	$936,917	$37,500	14-25	30	$936,917	$65,300	30	$0	$0	Si	$290,300
92	CC	17325451	PARRADO RUIZ NELSON EDUARDO																		230301	22	$1,897,500	$303,600	EPS005	22	$1,897,500	$75,900	CCF34	22	$1,897,500	$75,900	14-25	22	$1,897,500	$132,100	22	$0	$0	Si	$587,500
93	CC	10272279	QUINTERO RAMIREZ VICTOR WILLIAM		X							X									25-14	9	$2,499,984	$400,000	EPS010	9	$2,499,984	$100,000	CCF34	9	$2,944,434	$117,800	14-25	9	$2,499,984	$174,000	9	$0	$0	Si	$791,800
94	CC	86070848	RINCON MENDEZ TITO	X																	230201	24	$1,160,000	$185,600	EPS017	24	$1,160,000	$46,400	CCF34	24	$1,160,000	$46,400	14-25	24	$1,160,000	$80,800	24	$0	$0	Si	$359,200
95	CC	11281264	RODRIGUEZ SANCHEZ JOAN CAMILO									X									230201	22	$1,262,144	$202,000	EPS010	22	$1,262,144	$50,500	CCF34	22	$1,262,144	$50,500	14-25	22	$1,262,144	$87,900	22	$0	$0	Si	$390,900
96	CC	98138680	SALDAÑA PANTOJA JOSE FERNANDO									X									230301	22	$1,848,871	$295,900	EPS037	22	$1,848,871	$74,000	CCF34	22	$1,848,871	$74,000	14-25	22	$1,848,871	$128,700	22	$0	$0	Si	$572,600
97	CC	1117511252	SANCHEZ AVILES ANCIZAR									X									230301	22	$1,320,104	$211,300	EPS044	22	$1,320,104	$52,900	CCF34	22	$1,320,104	$52,900	14-25	22	$1,320,104	$91,900	22	$0	$0	Si	$409,000
98	CC	98325177	SANTACRUZ MORA OSCAR ARMANDO									X									25-14	22	$1,398,647	$223,800	EPS005	22	$1,398,647	$56,000	CCF34	22	$1,398,647	$56,000	14-25	22	$1,398,647	$97,400	22	$0	$0	Si	$433,200
99	CC	97472361	SOSA MORALES JAVIER ANTONIO																		25-14	22	$1,980,000	$316,800	EPS037	22	$1,980,000	$79,200	CCF34	22	$1,980,000	$79,200	14-25	22	$1,980,000	$137,900	22	$0	$0	Si	$613,100
100	CC	10028035	VERA MARULANDA JULIO EDUARDO									X									231001	22	$1,071,225	$171,400	EPS037	22	$1,071,225	$42,900	CCF34	22	$1,057,869	$42,400	14-25	22	$1,071,225	$74,600	22	$0	$0	Si	$331,300
101	CC	1120874624	VILLALOBOS VANEGAS JULIAN ESTEBAN									X									231001	22	$1,042,000	$166,800	EPS002	22	$1,042,000	$41,700	CCF34	22	$1,020,000	$40,800	14-25	22	$1,042,000	$72,600	22	$0	$0	Si	$321,900
Total		**Afiliados(36)**																					$75,013,172	$12,139,500			$75,013,172	$2,801,500			$74,585,857	$2,783,900			$75,013,172	$4,078,900		$0	$0		$21,803,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901529301	2	CONSORCIO SD	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SD	CRA 86 No. 51 - 66 OF 204	PUERTO GAITAN-META	3456777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1289374141	9429665831	E	2022/01/04	2022/01/18	BANCOLOMBIA	14	$21,803,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				36	$12,139,500	$0	$0	$12,139,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	5	$1,810,200	$0	$0	$1,810,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	10	$4,664,900	$0	$0	$4,664,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	16	$4,323,200	$0	$0	$4,323,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$1,341,200	$0	$0	$1,341,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				36	$4,078,900	$0	$0	$4,078,900
COLMENA	14-25	800,226,175	3	36	$4,078,900	$0	$0	$4,078,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				36	$2,783,900	$0	$0	$2,783,900
COFREM	CCF34	892,000,146	3	36	$2,783,900	$0	$0	$2,783,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)				36	$2,801,500	$0	$0	$2,801,500
CAJACOPI ATLANTICO	CCFC55	890,102,044	1	1	$37,500	$0	$0	$37,500
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$206,800	$0	$0	$206,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$262,800	$0	$0	$262,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$102,900	$0	$0	$102,900
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$360,000	$0	$0	$360,000
MALLAMAS	EPSIC5	837,000,084	5	2	$167,500	$0	$0	$167,500
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	3	$129,000	$0	$0	$129,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	11	$708,800	$0	$0	$708,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$120,400	$0	$0	$120,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	8	$705,800	$0	$0	$705,800
TOTAL				**36**	**$21,803,800**	**$0**	**$0**	**$21,803,800**

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800107800	9	PAVIMENTOS EL DORADO S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PAVIMENTOS EL DORADO S.A.S.	CRA.16A No.80-63 OF.702	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6212161	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1269805348	9429184231	E	2022/01/04	2022/01/03	BANCO DE BOGOTA	0	$49,562,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				70	$25,454,300	$0	$0	$25,454,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	10	$3,308,200	$0	$0	$3,308,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	13	$4,467,200	$0	$0	$4,467,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	38	$14,674,000	$0	$0	$14,674,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	9	$3,004,900	$0	$0	$3,004,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				75	$10,748,300	$0	$0	$10,748,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	75	$10,748,300	$0	$0	$10,748,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				75	$6,679,800	$0	$0	$6,679,800
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	65	$5,783,300	$0	$0	$5,783,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	10	$896,500	$0	$0	$896,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)				75	$6,679,800	$0	$0	$6,679,800
CAJACOPI ATLANTICO	CCFC55	890,102,044	1	5	$350,600	$0	$0	$350,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	5	$488,900	$0	$0	$488,900
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	3	$407,500	$0	$0	$407,500
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$71,000	$0	$0	$71,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	13	$1,117,000	$0	$0	$1,117,000
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$176,800	$0	$0	$176,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	9	$759,600	$0	$0	$759,600
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	$144,300	$0	$0	$144,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	28	$2,454,800	$0	$0	$2,454,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	7	$709,300	$0	$0	$709,300
TOTAL				75	$49,562,200	$0	$0	$49,562,200

2022/01/03 07:27 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800107800	9	PAVIMENTOS EL DORADO S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PAVIMENTOS EL DORADO S.A.S.	CRA.16A No.80-63 OF.702	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6212161	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1269805348	9429184231	E	2022/01/04	2022/01/03	BANCO DE BOGOTA	0	$49,562,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PAVIMENTOS EL DORADO S.A.S. (8 Afiliados)																						$13,445,813	$2,018,100			$13,445,813	$618,100			$13,445,813	$618,100			$13,445,813	$202,700		$0	$0		$3,957,000
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (6 Afiliados)																						$13,557,713	$2,215,900			$13,557,713	$542,500			$13,557,713	$542,500			$13,557,713	$71,100		$0	$0		$3,372,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																						$13,557,713	$2,215,900			$13,557,713	$542,500			$13,557,713	$542,500			$13,557,713	$71,100		$0	$0		$3,372,000
1	CC	52345128	ARANGO LEON MARCELA PATRICIA																	230301	30	$4,624,763	$786,400	EPS008	30	$4,624,763	$185,000	CCF24	30	$4,624,763	$185,000	14-23	30	$4,624,763	$24,200	30	$0	$0	SI	$1,180,600
2	CC	52933952	GALAN BARRERA JOHANNA CATERINE								X									230301	30	$2,313,252	$370,200	EPS017	30	$2,313,252	$92,600	CCF24	30	$2,313,252	$92,600	14-23	30	$2,313,252	$12,100	30	$0	$0	SI	$567,500
3	CC	1022409488	MOLINA PEREZ DANIELA																	231001	30	$1,691,986	$270,800	EPS008	30	$1,691,986	$67,700	CCF24	30	$1,691,986	$67,700	14-23	30	$1,691,986	$8,900	30	$0	$0	SI	$415,100
4	CC	1022426966	MOLINA PEREZ LORENA ROCIO																	231001	30	$1,459,141	$233,500	EPS008	30	$1,459,141	$58,400	CCF24	30	$1,459,141	$58,400	14-23	30	$1,459,141	$7,700	30	$0	$0	SI	$358,000
5	CC	52024188	PALACIOS TINTIN MARTHA LUCIA																	25-14	30	$1,156,190	$185,000	EPS017	30	$1,156,190	$46,300	CCF24	30	$1,156,190	$46,300	14-23	30	$1,156,190	$6,100	30	$0	$0	SI	$283,700
6	CC	51963562	SIERRA SEGURA OLGA PATRICIA																	230301	30	$2,312,381	$370,000	EPS017	30	$2,312,381	$92,500	CCF24	30	$2,312,381	$92,500	14-23	30	$2,312,381	$12,100	30	$0	$0	SI	$567,100
Centro de Trabajo: MOSQUERA (2 Afiliados)																						$1,888,100	$302,200			$1,888,100	$75,600			$1,888,100	$75,600			$1,888,100	$131,600		$0	$0		$585,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						$1,888,100	$302,200			$1,888,100	$75,600			$1,888,100	$75,600			$1,888,100	$131,600		$0	$0		$585,000
7	CC	4267137	ALFONSO ALFONSO PEDRO																	231001	30	$944,050	$151,100	EPS005	30	$944,050	$37,800	CCF24	30	$944,050	$37,800	14-23	30	$944,050	$65,800	30	$0	$0	SI	$292,500
8	CC	1010202185	CHIBUQUE GUEVARA JULY MARLENE																	25-14	30	$944,050	$151,100	EPS008	30	$944,050	$37,800	CCF24	30	$944,050	$37,800	14-23	30	$944,050	$65,800	30	$0	$0	SI	$292,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: VALLEDUPAR (65 Afiliados)																						$137,023,509	$22,185,000			$144,506,545	$5,783,300			$144,506,545	$5,783,300			$144,506,545	$10,061,300		$0	$0		$43,812,900
Centro de Trabajo: OPERARIOS (65 Afiliados)																						$137,023,509	$22,185,000			$144,506,545	$5,783,300			$144,506,545	$5,783,300			$144,506,545	$10,061,300		$0	$0		$43,812,900
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (65 Afiliados)																						$137,023,509	$22,185,000			$144,506,545	$5,783,300			$144,506,545	$5,783,300			$144,506,545	$10,061,300		$0	$0		$43,812,900
9	CC	91136507	ACEVEDO VELASCO ALVARO ALONSO								X									230301	30	$2,584,566	$413,600	EPS002	30	$2,584,566	$103,400	CCF15	30	$2,584,566	$103,400	14-23	30	$2,584,566	$179,900	30	$0	$0	SI	$800,300
10	CC	1123510181	AGUILAR PEREZ OSCAR ANDRES								X									230301	30	$3,558,750	$569,400	EPS002	30	$3,558,750	$142,400	CCF15	30	$3,558,750	$142,400	14-23	30	$3,558,750	$147,700	30	$0	$0	SI	$1,101,900
11	CC	1022387456	ALFARO PAYARES RONALD ORLANDO		X						X									230301	23	$2,286,141	$365,800	EPS002	23	$2,286,141	$91,500	CCF15	23	$2,286,141	$91,500	14-23	23	$2,286,141	$159,200	23	$0	$0	SI	$708,000
12	CC	7694060	ANDRADE GONZALEZ FERNANDO																	25-14	30	$1,700,000	$272,000	EPS005	30	$1,700,000	$68,000	CCF15	30	$1,700,000	$68,000	14-23	30	$1,700,000	$118,400	30	$0	$0	SI	$526,400
13	CC	14999135	ASTAIZA ESVAR								X										0	$0	$0	EPS002	30	$1,810,002	$72,500	CCF15	30	$1,810,002	$72,500	14-23	30	$1,810,002	$126,000	30	$0	$0	SI	$271,000
14	CC	1065639194	ATENCIO CASTILLA LUIS ALBERTO								X									231001	30	$1,909,667	$305,600	CCFC55	30	$1,909,667	$76,400	CCF15	30	$1,909,667	$76,400	14-23	30	$1,909,667	$133,000	30	$0	$0	SI	$591,400
15	CC	3876457	BASTIDAS HORMECHEA DANIEL ALBERTO								X									231001	30	$3,598,390	$575,800	EPS037	30	$3,598,390	$144,000	CCF15	30	$3,598,390	$144,000	14-23	30	$3,598,390	$250,500	30	$0	$0	SI	$1,114,300
16	CC	87719507	BASTIDAS BERNAL LAIRO ALONSO																	230301	30	$5,814,630	$988,600	EPS005	30	$5,814,630	$232,600	CCF15	30	$5,814,630	$232,600	14-23	30	$5,814,630	$404,700	30	$0	$0	SI	$1,858,500
17	CC	9466810	BENAVIDES AMADO ELVER								X									230301	30	$3,199,262	$511,900	EPS005	30	$3,199,262	$128,000	CCF15	30	$3,199,262	$128,000	14-23	30	$3,199,262	$222,700	30	$0	$0	SI	$990,600
18	CC	1065626570	BENAVIDEZ AMADO WILMAR								X									230301	30	$1,868,095	$298,900	EPS017	30	$1,868,095	$74,800	CCF15	30	$1,868,095	$74,800	14-23	30	$1,868,095	$130,100	30	$0	$0	SI	$578,600
19	CC	77183704	BLANCO RODRIGUEZ MIGUEL DE LOS SANTOS		X						X									25-14	6	$396,660	$63,500	EPS002	6	$396,660	$15,900	CCF15	6	$396,660	$15,900	14-23	6	$396,660	$27,700	6	$0	$0	SI	$123,000
20	CC	1075219624	BOHORQUEZ BETANCOURT IVAN ROBERTO																	230201	30	$3,500,000	$560,000	EPS008	30	$3,500,000	$140,000	CCF15	30	$3,500,000	$140,000	14-23	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0	SI	$1,083,600

21	CC	12436444	BOLAÑO CUJIA EDWIN ENRIQUE		X	231001	30	$2,930,875	$469,000	EPS017	30	$2,930,875	$117,300	CCF15	30	$2,930,875	$117,300	14-23	30	$2,930,875	$204,000	30	$0	$0	SI	$907,600
22	CC	77093541	BOLAÑO CUJIA JOSE AGUSTIN		X	25-14	30	$1,777,756	$284,500	EPS002	30	$1,777,756	$71,200	CCF15	30	$1,777,756	$71,200	14-23	30	$1,777,756	$123,800	30	$0	$0	SI	$550,700
23	CC	78734223	BORJA BETIN AMAURY DAVID		X	230301	30	$2,390,963	$382,600	EPS002	30	$2,390,963	$95,700	CCF15	30	$2,390,963	$95,700	14-23	30	$2,390,963	$166,500	30	$0	$0	SI	$740,500
24	CC	15171818	BORJA MOLINA DAIMLER EVETH		X	230301	30	$1,728,373	$276,600	EPS002	30	$1,728,373	$69,200	CCF15	30	$1,728,373	$69,200	14-23	30	$1,728,373	$120,300	30	$0	$0	SI	$535,300
25	CC	1065621489	BORJA MOLINA YOLANIS PAOLA			230301	30	$908,526	$145,400	EPS041	30	$908,526	$36,400	CCF15	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
26	CC	87247322	BRAVO DELGADO PASTOR		X	25-14	30	$3,255,233	$520,900	EPS002	30	$3,255,233	$130,300	CCF15	30	$3,255,233	$130,300	14-23	30	$3,255,233	$226,600	30	$0	$0	SI	$1,008,100
27	CC	77013818	CABRERA GUTIERREZ HERNANDO AUGUSTO			230301	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS002	30	$8,000,000	$320,000	CCF15	30	$8,000,000	$320,000	14-23	30	$8,000,000	$556,800	30	$0	$0	SI	$2,556,800
28	CC	1067717633	CHICO PACHECO DARWIN ALBERTO		X	230301	30	$1,691,461	$270,700	CCFC55	30	$1,691,461	$67,700	CCF15	30	$1,691,461	$67,700	14-23	30	$1,691,461	$117,800	30	$0	$0	SI	$523,900
29	CC	10159583	CIFUENTES JOSE NELSON		X		0	$0	$0	EPS037	30	$2,349,390	$94,000	CCF15	30	$2,349,390	$94,000	14-23	30	$2,349,390	$163,600	30	$0	$0	SI	$351,600
30	CC	77030399	CONTRERAS LUQUE CRISANTO		X	230301	30	$1,601,563	$256,300	EPS005	30	$1,601,563	$64,100	CCF15	30	$1,601,563	$64,100	14-23	30	$1,601,563	$111,500	30	$0	$0	SI	$496,000
31	CC	15174802	DANGOND PADILLA JHON JAIRO		X	231001	30	$1,714,036	$274,300	EPS002	30	$1,714,036	$68,600	CCF15	30	$1,714,036	$68,600	14-23	30	$1,714,036	$119,300	30	$0	$0	SI	$530,800
32	CC	91265369	DELGADO QUINTERO PEDRO MANUEL			230301	30	$3,982,904	$677,300	EPS002	30	$3,982,904	$159,400	CCF15	30	$3,982,904	$159,400	14-23	30	$3,982,904	$277,300	30	$0	$0	SI	$1,273,400
33	CC	13169345	DURAN NAVARRO ALBERO		X	230301	30	$1,967,323	$314,800	EPS002	30	$1,967,323	$78,700	CCF15	30	$1,967,323	$78,700	14-23	30	$1,967,323	$137,000	30	$0	$0	SI	$609,200
34	CC	77193798	ESQUIVEL RAMIREZ ERNESTO LANCASTER		X	230301	30	$1,692,014	$270,800	CCFC55	30	$1,692,014	$67,700	CCF15	30	$1,692,014	$67,700	14-23	30	$1,692,014	$117,800	30	$0	$0	SI	$524,000
35	CC	1065623096	FERNANDEZ RODRIGUEZ JAVIER DAVID		X	25-14	30	$1,849,441	$296,000	EPS002	30	$1,849,441	$74,000	CCF15	30	$1,849,441	$74,000	14-23	30	$1,849,441	$128,800	30	$0	$0	SI	$572,800
36	CC	1005363952	FLOREZ AMADO EDILSON DUVAN		X	230301	30	$1,178,279	$188,600	EPS037	30	$1,178,279	$47,200	CCF15	30	$1,178,279	$47,200	14-23	30	$1,178,279	$82,100	30	$0	$0	SI	$365,100
37	CC	80270606	GAITAN RIVERA CRISTIAN FERNANDO		X	25-14	30	$3,651,647	$620,900	EPS017	30	$3,651,647	$146,100	CCF15	30	$3,651,647	$146,100	14-23	30	$3,651,647	$254,200	30	$0	$0	SI	$1,167,300
38	CC	1075625784	GALEANO VILLALBA HENRY MILCIADES		X	230301	30	$2,083,358	$333,400	EPS037	30	$2,083,358	$83,400	CCF15	30	$2,083,358	$83,400	14-23	30	$2,083,358	$145,100	30	$0	$0	SI	$645,300
39	CC	1007121994	GAMERO PAREJO ANUAR RAFAEL		X	231001	30	$3,122,416	$499,600	EPS037	30	$3,122,416	$124,900	CCF15	30	$3,122,416	$124,900	14-23	30	$3,122,416	$217,400	30	$0	$0	SI	$966,800
40	CC	91500317	HERNANDEZ TORRES WILBER		X	230301	30	$1,809,548	$289,600	EPS002	30	$1,809,548	$72,400	CCF15	30	$1,809,548	$72,400	14-23	30	$1,809,548	$126,000	30	$0	$0	SI	$560,400
41	CC	77181882	HIDALGO NIETO YESID		X	230301	30	$1,734,465	$277,600	EPS002	30	$1,734,465	$69,400	CCF15	30	$1,734,465	$69,400	14-23	30	$1,734,465	$120,800	30	$0	$0	SI	$537,200
42	CC	92276071	HOYOS MERCADO MILTON ARTURO		X	230301	30	$1,754,355	$280,700	EPS002	30	$1,754,355	$70,200	CCF15	30	$1,754,355	$70,200	14-23	30	$1,754,355	$122,200	30	$0	$0	SI	$543,300
43	CC	1064113573	JARABA PEREZ OSBALDO LUIS			231001	30	$1,529,000	$244,700	EPS002	30	$1,529,000	$61,200	CCF15	30	$1,529,000	$61,200	14-23	30	$1,529,000	$106,500	30	$0	$0	SI	$473,600
44	CC	5164768	JINETE ORTEGA YORGI AUGUSTO		X	25-14	30	$1,785,934	$285,800	CCFC55	30	$1,785,934	$71,500	CCF15	30	$1,785,934	$71,500	14-23	30	$1,785,934	$124,400	30	$0	$0	SI	$553,200
45	CC	1129510178	LARIOS OSPINO EDER ESNEIR	X		230301	21	$1,680,000	$268,800	EPS037	21	$1,680,000	$67,200	CCF15	21	$1,680,000	$67,200	14-23	21	$1,680,000	$117,000	21	$0	$0	SI	$520,200
46	CC	1030610682	MAPE ANGARITA JAIDER GIOVANNI		X	230201	30	$1,163,135	$186,200	EPS017	30	$1,163,135	$46,600	CCF15	30	$1,163,135	$46,600	14-23	30	$1,163,135	$81,000	30	$0	$0	SI	$360,400
47	CC	77182252	MENDOZA PABON JEAN CARLOS		X	25-14	30	$1,928,413	$308,600	EPS005	30	$1,928,413	$77,200	CCF15	30	$1,928,413	$77,200	14-23	30	$1,928,413	$134,300	30	$0	$0	SI	$597,300
48	CC	77188066	MIRANDA SANCHEZ CARLOS MANUEL		X	230301	30	$1,617,892	$258,900	EPS017	30	$1,617,892	$64,800	CCF15	30	$1,617,892	$64,800	14-23	30	$1,617,892	$112,700	30	$0	$0	SI	$501,200
49	CC	77157410	MONTUFAR NIEVE AIME PASTOR		X	25-14	30	$1,131,901	$181,200	EPS041	30	$1,131,901	$45,300	CCF15	30	$1,131,901	$45,300	14-23	30	$1,131,901	$78,800	30	$0	$0	SI	$350,600
50	CC	1065658049	NARVAEZ QUINTERO RICHARD DAVID			230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF15	30	$1,500,000	$60,000	14-23	30	$1,500,000	$104,400	30	$0	$0	SI	$464,400
51	CC	6662294	NAVARRO MENDOZA ROGER EMIRO		X		0	$0	$0	EPS037	30	$1,526,253	$61,100	CCF15	30	$1,526,253	$61,100	14-23	30	$1,526,253	$106,300	30	$0	$0	SI	$228,500
52	CC	85445705	OVIEDO LENUS JUAN JOSE		X	230301	30	$1,863,778	$298,300	EPS037	30	$1,863,778	$74,600	CCF15	30	$1,863,778	$74,600	14-23	30	$1,863,778	$129,800	30	$0	$0	SI	$577,300
53	CC	91046641	PAREDES VILLAMIL JUAN CARLOS			230301	30	$1,393,900	$223,100	EPS002	30	$1,393,900	$55,800	CCF15	30	$1,393,900	$55,800	14-23	30	$1,393,900	$97,100	30	$0	$0	SI	$431,800
54	CC	98326348	PAZ PARRA PEDRO WILLIAN		X	230201	30	$4,350,050	$739,700	EPS016	30	$4,350,050	$174,100	CCF15	30	$4,350,050	$174,100	14-23	30	$4,350,050	$302,800	30	$0	$0	SI	$1,390,700
55	CC	1081835223	PEÑA PEÑA EDER ALFONSO		X	230301	30	$1,563,034	$250,100	EPS041	30	$1,563,034	$62,600	CCF15	30	$1,563,034	$62,600	14-23	30	$1,563,034	$108,800	30	$0	$0	SI	$484,100
56	CC	1065647195	PEREZ RINCON JEISON		X	230301	30	$2,025,077	$324,100	EPS017	30	$2,025,077	$81,100	CCF15	30	$2,025,077	$81,100	14-23	30	$2,025,077	$141,000	30	$0	$0	SI	$627,300
57	CC	91287168	PEREZ DURAN LORENZO		X	230301	30	$3,229,345	$516,700	EPS017	30	$3,229,345	$129,200	CCF15	30	$3,229,345	$129,200	14-23	30	$3,229,345	$224,800	30	$0	$0	SI	$999,900

No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vtp	Pensión 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
58	CC	77095658	PRENS SARMIENTO NILSON JOSE									X									230301	30	$2,076,514	$332,300	EPS002	30	$2,076,514	$83,100	CCF15	30	$2,076,514	$83,100	14-23	30	$2,076,514	$144,600	30	$0	$0	SI	$643,100
59	CC	3168949	PRIETO MUETE JACINTO ANTONIO									X									230301	30	$3,633,381	$581,400	EPS016	30	$3,633,381	$145,400	CCF15	30	$3,633,381	$145,400	14-23	30	$3,633,381	$252,900	30	$0	$0	SI	$1,125,100
60	CC	1067813639	RAMIREZ BAYONA ARLEY									X									230201	30	$1,909,975	$305,600	EPS002	30	$1,909,975	$76,400	CCF15	30	$1,909,975	$76,400	14-23	30	$1,909,975	$133,000	30	$0	$0	SI	$591,400
61	CC	77185757	RIOS OSPINO ELISEO									X									230301	30	$1,577,999	$252,500	EPS037	30	$1,577,999	$63,200	CCF15	30	$1,577,999	$63,200	14-23	30	$1,577,999	$109,900	30	$0	$0	SI	$488,800
62	CC	77196161	RODRIGUEZ GIL YAIR ALFONSO									X									210201	30	$1,750,675	$280,200	EPS002	30	$1,750,675	$70,100	CCF15	30	$1,750,675	$70,100	14-23	30	$1,750,675	$121,900	30	$0	$0	SI	$542,300
63	CC	6758635	ROJAS GARAVITO HERNANDO									X										0	$0	$0	EPS017	30	$1,797,391	$71,900	CCF15	30	$1,797,391	$71,900	14-23	30	$1,797,391	$125,100	30	$0	$0	SI	$268,900
64	CC	1065658042	SALCEDO MARRUGO GEINER DE JESUS									X									230301	30	$1,772,583	$283,700	EPS017	30	$1,772,583	$71,000	CCF15	30	$1,772,583	$71,000	14-23	30	$1,772,583	$123,400	30	$0	$0	SI	$549,100
65	CC	1065827595	SALCEDO MARRUGO OSCAR ENRIQUE									X									230301	30	$1,736,127	$277,800	EPS002	30	$1,736,127	$69,500	CCF15	30	$1,736,127	$69,500	14-23	30	$1,736,127	$120,900	30	$0	$0	SI	$537,700
66	CC	1065629914	SAURITH GUTIERREZ JESUS ALBERTO									X									230301	30	$2,069,275	$331,100	EPS017	30	$2,069,275	$82,800	CCF15	30	$2,069,275	$82,800	14-23	30	$2,069,275	$144,100	30	$0	$0	SI	$640,800
67	CC	80436986	SUAREZ FANDIÑO OVERMAN									X									25-14	30	$3,415,501	$546,500	EPS002	30	$3,415,501	$136,700	CCF15	30	$3,415,501	$136,700	14-23	30	$3,415,501	$237,800	30	$0	$0	SI	$1,057,700
68	CC	1003313003	TAPIA OSPINO LADER ILIA																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF15	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
69	CC	72239081	TORRES VIANA HERNAN ENRIQUE									X									230301	30	$2,233,792	$357,500	EPS002	30	$2,233,792	$89,400	CCF15	30	$2,233,792	$89,400	14-23	30	$2,233,792	$155,500	30	$0	$0	SI	$691,800
70	CC	1193103190	TRILLOS DURAN JEISON ALEXANDER		X							X									230201	6	$284,875	$45,600	EPS002	6	$284,875	$11,400	CCF15	6	$284,875	$11,400	14-23	6	$284,875	$19,900	6	$0	$0	SI	$88,300
71	CC	1062402137	VACA ALFARO ANDRES FELIPE									X									231001	30	$1,773,247	$283,800	EPS042	30	$1,773,247	$71,000	CCF15	30	$1,773,247	$71,000	14-23	30	$1,773,247	$123,500	30	$0	$0	SI	$549,300
72	CC	1067808077	VEGA ROMERO YAIR									X									230301	30	$1,680,583	$268,900	CCFCS5	30	$1,680,583	$67,300	CCF15	30	$1,680,583	$67,300	14-23	30	$1,680,583	$117,000	30	$0	$0	SI	$520,500
73	CC	1002277818	VERA DIAZ JOSE RODRIGO									X									230301	30	$2,198,300	$351,800	EPS016	30	$2,198,300	$88,000	CCF15	30	$2,198,300	$88,000	14-23	30	$2,198,300	$153,100	30	$0	$0	SI	$680,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vtp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: COMP. BOGOTA (2 Afiliados)																							$4,418,248	$751,200			$6,956,226	$278,400			$6,956,226	$278,400			$6,956,226	$484,300		$0	$0		$1,792,300
Centro de Trabajo: COMPENSAR BTA. (2 Afiliados)																							$4,418,248	$751,200			$6,956,226	$278,400			$6,956,226	$278,400			$6,956,226	$484,300		$0	$0		$1,792,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							$4,418,248	$751,200			$6,956,226	$278,400			$6,956,226	$278,400			$6,956,226	$484,300		$0	$0		$1,792,300
74	CC	39704966	RODRIGUEZ RODRIGUEZ LUZ STELLA																			0	$0	$0	EPS005	30	$2,537,978	$101,600	CCF24	30	$2,537,978	$101,600	14-23	30	$2,537,978	$176,700	30	$0	$0	SI	$379,900
75	CC	79449559	RODRIGUEZ HOSTOS MARCELINO									X									25-14	30	$4,418,248	$751,200	EPS044	30	$4,418,248	$176,800	CCF24	30	$4,418,248	$176,800	14-23	30	$4,418,248	$307,600	30	$0	$0	SI	$1,412,400
Total		Afiliados(75)																					$156,887,570	$25,454,300			$166,908,584	$6,679,800			$166,908,584	$6,679,800			$166,908,584	$10,748,300		$0	$0		$49,562,200

aportes en línea

Resumen General de Pago

20

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900804216	1	ASBE CONSTRUCTORES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR PUTUMAY	cll 150A N 99-30 Torre 3 Apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2779755	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1288194943	9429647231	E	2022/01/06	2022/01/17	BANCO DAVIVIENDA	11	$404,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: COFREM (3 Afiliados)						$908,526	$145,500			$908,526	$113,700			$908,526	$36,600			$908,526	$63,300		$908,526	$45,600
Centro de Trabajo: COLPATRIA (3 Afiliados)						$908,526	$145,500			$908,526	$113,700			$908,526	$36,600			$908,526	$63,300		$908,526	$45,600
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (3 Afiliados)						$908,526	$145,500			$908,526	$113,700			$908,526	$36,600			$908,526	$63,300		$908,526	$45,600
1	CC	8191891	DURAN DURAN FRANCISCO	230301	10	$302,842	$48,500	EPS044	10	$302,842	$37,900	CCF34	10	$302,842	$12,200	14-4	10	$302,842	$21,100	10	$302,842	$15,200
2	CC	1117326351	RODRIGUEZ JOROPA EDINSON	230301	10	$302,842	$48,500	EPS002	10	$302,842	$37,900	CCF34	10	$302,842	$12,200	14-4	10	$302,842	$21,100	10	$302,842	$15,200
3	CC	74846228	RODRIGUEZ SANTOS GERARDO	230301	10	$302,842	$48,500	EPS044	10	$302,842	$37,900	CCF34	10	$302,842	$12,200	14-4	10	$302,842	$21,100	10	$302,842	$15,200
Total			**Afiliados(3)**			**$908,526**	**$145,500**			**$908,526**	**$113,700**			**$908,526**	**$36,600**			**$908,526**	**$63,300**		**$908,526**	**$45,600**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900804216	1	ASBE CONSTRUCTORES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR PUTUMAY	cll 150A N 99-30 Torre 3 Apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2779755	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1288194943	9429647231	E	2022/01/06	2022/01/17	BANCO DAVIVIENDA	11	$404,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$145,500	$0	$0	$145,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$145,500	$0	$0	$145,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$63,300	$0	$0	$63,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	3	$63,300	$0	$0	$63,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$36,600	$0	$0	$36,600
COFREM	CCF34	892,000,146	3	3	$36,600	$0	$0	$36,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$113,700	$0	$0	$113,700
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	2	$75,800	$0	$0	$75,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$37,900	$0	$0	$37,900
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$27,300	$0	$0	$27,300
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	3	$27,300	$0	$0	$27,300
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$18,300	$0	$0	$18,300
SENA	PASENA	899,999,034	1	3	$18,300	$0	$0	$18,300
TOTAL				**3**	**$404,700**	**$0**	**$0**	**$404,700**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900804216	1	ASBE CONSTRUCTORES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR PUTUMAY	cll 150A N 99-30 Torre 3 Apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2779755	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1289409597	9429666760	E	2022/01/06	2022/01/18	BANCO DAVIVIENDA	12	$1,378,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: COMFENALCO ANTIOQUIA (2 Afiliados)						$3,100,000	$496,000			$3,100,000	$387,600			$3,100,000	$124,000			$3,100,000	$215,800		$3,100,000	$155,000
Centro de Trabajo: ASBE CONSTRUCTORES (2 Afiliados)						$3,100,000	$496,000			$3,100,000	$387,600			$3,100,000	$124,000			$3,100,000	$215,800		$3,100,000	$155,000
Ciudad: CAUCASIA Depto: ANTIOQUIA (2 Afiliados)						$3,100,000	$496,000			$3,100,000	$387,600			$3,100,000	$124,000			$3,100,000	$215,800		$3,100,000	$155,000
1	CC	1110532599	BUSTOS ANGULO JHONATAN LEONARDO	230301	30	$1,550,000	$248,000	EPS016	30	$1,550,000	$193,800	CCF03	30	$1,550,000	$62,000	14-4	30	$1,550,000	$107,900	30	$1,550,000	$77,500
2	CC	10171483	BUSTOS ESCARRAGA JOSE OMAR	25-14	30	$1,550,000	$248,000	EPS037	30	$1,550,000	$193,800	CCF03	30	$1,550,000	$62,000	14-4	30	$1,550,000	$107,900	30	$1,550,000	$77,500
Total			**Afiliados(2)**			$3,100,000	$496,000			$3,100,000	$387,600			$3,100,000	$124,000			$3,100,000	$215,800		$3,100,000	$155,000

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900804216	1	ASBE CONSTRUCTORES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR PUTUMAY	cll 150A N 99-30 Torre 3 Apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2779755	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1289409597	9429666760	E	2022/01/06	2022/01/18	BANCO DAVIVIENDA	12	$1,378,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$496,000	$0	$0	$496,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$248,000	$0	$0	$248,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$248,000	$0	$0	$248,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$215,800	$0	$0	$215,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	2	$215,800	$0	$0	$215,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$124,000	$0	$0	$124,000
COMFENALCO ANTIOQUIA	CCF03	890,900,842	6	2	$124,000	$0	$0	$124,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$387,600	$0	$0	$387,600
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$193,800	$0	$0	$193,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$193,800	$0	$0	$193,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$93,000	$0	$0	$93,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	2	$93,000	$0	$0	$93,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$62,000	$0	$0	$62,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	2	$62,000	$0	$0	$62,000
TOTAL				**2**	**$1,378,400**	**$0**	**$0**	**$1,378,400**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 805017265	1	VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	FARALLONES 02	CRA 55 # 6A - 04	CALI-VALLE	3451396	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1284226441	9429593763	E	2022/01/18	2022/01/14	BANCO AV VILLAS	0	$334,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRTO ARIMENA (3 Afiliados)																						**$1,096,952**	**$174,500**			**$1,096,952**	**$42,800**			**$1,096,952**	**$42,800**			**$1,096,952**	**$74,300**		**$0**	**$0**		**$334,400**
Centro de Trabajo: PRTO ARIMENA (3 Afiliados)																						**$1,096,952**	**$174,500**			**$1,096,952**	**$42,800**			**$1,096,952**	**$42,800**			**$1,096,952**	**$74,300**		**$0**	**$0**		**$334,400**
Ciudad: PUERTO GAITAN Depto: META (3 Afiliados)																						**$1,096,952**	**$174,500**			**$1,096,952**	**$42,800**			**$1,096,952**	**$42,800**			**$1,096,952**	**$74,300**		**$0**	**$0**		**$334,400**
1	CC	1124823297	COCA ARIAS ELKIN OVIDIO	X								X								230301	13	$433,334	$69,400	CCFC55	13	$433,334	$17,400	CCF34	13	$433,334	$17,400	14-11	13	$433,334	$30,200	13	$0	$0	Si	$134,400
2	CC	1124822874	ESPINOSA URBANO LUIS ERIKSON										X							25-14	1	$30,285	$3,700	EPS037	1	$30,285	$0	CCF34	1	$30,285	$0	14-11	1	$30,285	$0	1	$0	$0	Si	$3,700
3	CC	1124822874	ESPINOSA URBANO LUIS ERIKSON	X								X								25-14	9	$300,000	$48,000	EPS037	9	$300,000	$12,000	CCF34	9	$300,000	$12,000	14-11	9	$300,000	$20,900	9	$0	$0	Si	$92,900
4	CC	86053734	LOPEZ ALDANA JUAN PABLO	X								X								230201	10	$333,333	$53,400	EPS044	10	$333,333	$13,400	CCF34	10	$333,333	$13,400	14-11	10	$333,333	$23,200	10	$0	$0	Si	$103,400
Total		**Afiliados(3)**																				$1,096,952	$174,500			$1,096,952	$42,800			$1,096,952	$42,800			$1,096,952	$74,300		$0	$0		$334,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 805017265	1	VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	FARALLONES 02	CRA 55 # 6A - 04	CALI-VALLE	3451396	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1284226441	9429593763	E	2022/01/18	2022/01/14	BANCO AV VILLAS	0	$334,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$174,500	$0	$0	$174,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$51,700	$0	$0	$51,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$69,400	$0	$0	$69,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$53,400	$0	$0	$53,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$74,300	$0	$0	$74,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$74,300	$0	$0	$74,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$42,800	$0	$0	$42,800
COFREM	CCF34	892,000,146	3	3	$42,800	$0	$0	$42,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$42,800	$0	$0	$42,800
CAJACOPI ATLANTICO	CCFC55	890,102,044	1	1	$17,400	$0	$0	$17,400
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$13,400	$0	$0	$13,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$12,000	$0	$0	$12,000
TOTAL				**3**	**$334,400**	**$0**	**$0**	**$334,400**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72230344		PICHON MOLINA VICTOR HUGO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 34 19 46	BUCARAMANGA-SANTANDER	6703485	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1276606313	9429440653	E	2022/01/13	2022/01/07	BANCOLOMBIA	0	$490,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SUCURSAL 2 (2 Afiliados)																							$1,362,789	$218,100			$1,362,789	$54,600			$1,362,789	$54,600			$1,362,789	$59,400		$0	$0		$386,700
Centro de Trabajo: PUERTO GAITÁN - META (2 Afiliados)																							$1,362,789	$218,100			$1,362,789	$54,600			$1,362,789	$54,600			$1,362,789	$59,400		$0	$0		$386,700
Ciudad: PUERTO GAITAN Depto: META (2 Afiliados)																							$1,362,789	$218,100			$1,362,789	$54,600			$1,362,789	$54,600			$1,362,789	$59,400		$0	$0		$386,700
1	CC	1121819336	BONILLA ARIAS ILDER ANDRES		X																230301	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF34	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$39,600	30	$0	$0	Si	$257,800
2	CC	17313028	CASTAÑEDA SIERRA BERNARDO	X																	25-14	15	$454,263	$72,700	EPS044	15	$454,263	$18,200	CCF34	15	$454,263	$18,200	14-11	15	$454,263	$19,800	15	$0	$0	Si	$128,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SUCURSAL 3 (1 Afiliados)																							$363,411	$58,200			$363,411	$14,600			$363,411	$14,600			$363,411	$15,900		$0	$0		$103,300
Centro de Trabajo: RIESGO 4 (1 Afiliados)																							$363,411	$58,200			$363,411	$14,600			$363,411	$14,600			$363,411	$15,900		$0	$0		$103,300
Ciudad: YOPAL Depto: CASANARE (1 Afiliados)																							$363,411	$58,200			$363,411	$14,600			$363,411	$14,600			$363,411	$15,900		$0	$0		$103,300
3	CC	5046856	AMAYA MIZAR LUIS CARLOS		X																230201	12	$363,411	$58,200	EPS002	12	$363,411	$14,600	CCF69	12	$363,411	$14,600	14-11	12	$363,411	$15,900	12	$0	$0	Si	$103,300
Total			**Afiliados(3)**																				$1,726,200	$276,300			$1,726,200	$69,200			$1,726,200	$69,200			$1,726,200	$75,300		$0	$0		$490,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72230344		PICHON MOLINA VICTOR HUGO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 34 19 46	BUCARAMANGA-SANTANDER	6703485	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1276606313	9429440653	E	2022/01/13	2022/01/07	BANCOLOMBIA	0	$490,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$276,300	$0	$0	$276,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$72,700	$0	$0	$72,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$58,200	$0	$0	$58,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$75,300	$0	$0	$75,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$75,300	$0	$0	$75,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$69,200	$0	$0	$69,200
COFREM	CCF34	892,000,146	3	2	$54,600	$0	$0	$54,600
COMFACASANARE	CCF69	844,003,392	8	1	$14,600	$0	$0	$14,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$69,200	$0	$0	$69,200
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$18,200	$0	$0	$18,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$51,000	$0	$0	$51,000
TOTAL				**3**	**$490,000**	**$0**	**$0**	**$490,000**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900862492	3	AGROCARGO S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 39 No 44 - 54	PUERTO GAITAN-META	6703485	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1280170361	9429351515	E	2022/01/24	2022/01/11	BANCOLOMBIA	0	$515,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (2 Afiliados)																							$1,817,052	$290,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$79,200		$0	$0		$515,600
Centro de Trabajo: 4 (2 Afiliados)																							$1,817,052	$290,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$79,200		$0	$0		$515,600
Ciudad: PUERTO GAITAN Depto: META (2 Afiliados)																							$1,817,052	$290,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$79,200		$0	$0		$515,600
1	CC	17413863	BRAVO SUAREZ RAUL																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF34	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$39,600	30	$0	$0	Si	$257,800
2	CC	86059682	CASTAÑEDA CASTRO MAHURICIO																		25-14	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$36,400	CCF34	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$39,600	30	$0	$0	Si	$257,800
Total	**Afiliados(2)**																						$1,817,052	$290,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$72,800			$1,817,052	$79,200		$0	$0		$515,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900862492	3	AGROCARGO S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 39 No 44 - 54	PUERTO GAITAN-META	6703485	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1280170361	9429351515	E	2022/01/24	2022/01/11	BANCOLOMBIA	0	$515,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$290,800	$0	$0	$290,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$79,200	$0	$0	$79,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$79,200	$0	$0	$79,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$72,800	$0	$0	$72,800
COFREM	CCF34	892,000,146	3	2	$72,800	$0	$0	$72,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$72,800	$0	$0	$72,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$36,400	$0	$0	$36,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$36,400	$0	$0	$36,400
TOTAL				**2**	**$515,600**	**$0**	**$0**	**$515,600**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901235064	9	ALMACEN Y TRANSPORTE LA VARIANTE SJ SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	FUENTE DE ORO	CARRERA 14 #18-39 VIA VCIO B. LA UNION	PUERTO LOPEZ-META	6697816	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1000000552	9429330542	E	2022/01/18	2022/01/07	BANCO BOGOTA	0	$1,398,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: FUENTE DE ORO (4 Afiliados)					$3,634,104	$854,300			$3,634,104	$145,600			$3,634,104	$145,600			$3,634,104	$253,200		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (4 Afiliados)					$3,634,104	$854,300			$3,634,104	$145,600			$3,634,104	$145,600			$3,634,104	$253,200		$0	$0
Ciudad: PUERTO LOPEZ Depto: META (4 Afiliados)					$3,634,104	$854,300			$3,634,104	$145,600			$3,634,104	$145,600			$3,634,104	$253,200		$0	$0
1	CC	11231849	GUERRERO MIGUEL	25-14	30	$908,526	$236,300	EPS017	30	$908,526	$36,400	CCF34	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0
2	CC	2231313	IZQUIERDO HEBER	230301	30	$908,526	$236,300	EPS002	30	$908,526	$36,400	CCF34	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0
3	CC	86065087	MIRANDA JUAN	230301	30	$908,526	$145,400	EPS044	30	$908,526	$36,400	CCF34	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0
4	CC	79972122	SOTO FERNANDO	25-14	30	$908,526	$236,300	EPS017	30	$908,526	$36,400	CCF34	30	$908,526	$36,400	14-23	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(4)**					$3,634,104	$854,300			$3,634,104	$145,600			$3,634,104	$145,600			$3,634,104	$253,200		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901235064	9	ALMACEN Y TRANSPORTE LA VARIANTE SJ SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	FUENTE DE ORO	CARRERA 14 #18-39 VIA VCIO B. LA UNION	PUERTO LOPEZ-META	6697816	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2022-01	1000000552	9429330542	E	2022/01/18	2022/01/07	BANCO BOGOTA	0	$1,398,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$854,300	$0	$0	$854,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$472,600	$0	$0	$472,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$381,700	$0	$0	$381,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$253,200	$0	$0	$253,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	4	$253,200	$0	$0	$253,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$145,600	$0	$0	$145,600
COFREM	CCF34	892,000,146	3	4	$145,600	$0	$0	$145,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$145,600	$0	$0	$145,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$72,800	$0	$0	$72,800
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$36,400	$0	$0	$36,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$36,400	$0	$0	$36,400
TOTAL				**4**	**$1,398,700**	**$0**	**$0**	**$1,398,700**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-01-21, 03:29:48 PM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 101041873

Periodo Cotización 202112 **Periodo Servicio** 202201

PAGADA 2022-01-21

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CRECIENDO CON EL META SAS				
Documento	NI 901451937	**Dirección**	CARR38 NO 33B -23 BARZAL		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6852536		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total, Afiliados**	14
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META		
Representante Legal	PARDO FUENTES DIEGO CATORCE	**Identificación**	CC 86080649		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 86011016		Extranjero		Residente		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					OSPINA OSPINA FREDY ABELARDO	50001000 - 50		META

Días AFP	30	**Días EPS**	30	**Días ARL**	30	**Días CCF**	0
Salario	$ 908.526						

Novedades

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
															0

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

Código AFP:	23-02
Código AFP Traslado:	
PORVENIR	
IBC AFP	$ 908.526
Total, Cotización AFP:	$ 145.364
Fondo Solidaridad Pensional	$ 0
Fondo Solidaridad Pensional Subsistencia	$ 0
Tarifa AFP	16%

Código EPS:	EPS008
Código EPS Traslado:	
COMPENSAR EPS	
IBC EPS	$ 908.526
Aporte EPS	$ 36.341
Aporte UPC	$ 0
Tarifa Salud	4 %
Responsable UPC	

Código CCF	
IBC CCF:	
Aporte CCF:	$ 0
Tarifa CCF	0%

POSITIVA DE SEGUROS	
IBC ARL	$ 908.526
Aporte	$63.233
Tarifa ARL	6,960 %
Clase de Tarifa ARL	5

IV.PARAFISCALES

Aporte Ministerio	$ 0
Aporte ICBF	$ 0
Aporte SENA	$ 0
ESAP	$ 0

Tarifa Ministerio	0 %
Tarifa ICBF	0 %
Tarifa SENA	0 %
Tarifa ESAP	0 %

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 830127503	0	IES INGENIERIA EQUIPOS Y SERVICIOS SAS	B	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	4923	Jurídica

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CALLE 25 1 87 CS 20 MZ 7	6633900	ADRIANAMOTTACASTRO@HOTMAIL.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-12	2022-01	22365755	E	2022-01-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	825.800	0	BANCOLOMBIA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
4	22365755	2022-01-04	Pagada

PAGADO

EMPLEADO					NOVEDADES																	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 7392130	IZQUIERDO REYES EULCARIN	908.526	F		X														0			24	24	24	24	PROTECCION-230201	726.821	116.300	0	0	SANITAS-EPS005	726.821	29.100	COFREM-CCF34	726.821	29.100	726.821	50.600	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	225.100	S
2	CC 86076455	BARRERA CRUZ ELKIN	908.526	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	908.526	145.400	0	0	MEDIMAS EPS-EPS044	908.526	36.400	COFREM-CCF34	908.526	36.400	908.526	63.300	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	281.500	S
3	CC 91004141	QUIROGA CAMARGO WILLIAM ALEXANDER	908.526	F	X															0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	908.526	145.400	0	0	FAMISANAR-EPS017	908.526	36.400	COFREM-CCF34	908.526	36.400	908.526	63.300	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	281.500	S
4	CC 1115725154	MAHECHA TOMBE EDWAR ALONSO	908.526	F	X															0			4	4	4	4	PORVENIR-230301	121.137	19.400	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	121.137	4.900	COFREM-CCF34	121.137	4.900	121.137	8.500	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	37.700	S

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 830127503	0	IES INGENIERIA EQUIPOS Y SERVICIOS SAS	B	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	4923	Jurídica

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
50-1	CALLE 25 1 87 CS 20 MZ 7	6633900	ADRIANAMOTTACASTRO@HOTMAIL.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-12	2022-01	22365755	E	2022-01-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	825.800	0	BANCOLOMBIA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
4	22365755		Pagada

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.665.010	2.665.010	2.665.010	2.665.010	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 2)				4	426.500	0	0	0	426.500
PORVENIR	230301	800224808	8	3	310.200	0	0	0	310.200
PROTECCION	230201	800229739	0	1	116.300	0	0	0	116.300
EPS(Administradoras: 4)				4	106.800	0	0	0	106.800
Gran Total					426.500	0	0	0	426.500

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
MEDIMAS EPS	EPS044	901097473	5	1	36.400	0	0	0	36.400
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	36.400	0	0	0	36.400
COMPENSAR-EPS	EPS008	860066942	7	1	4.900	0	0	0	4.900
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	29.100	0	0	0	29.100
ARP(Administradoras: 1)				4	185.700	0	0	0	185.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	4	185.700	0	0	0	185.700
CCF(Administradoras: 1)				4	106.800	0	0	0	106.800
COFREM	CCF34	892000146	3	4	106.800	0	0	0	106.800
Gran Total					825.800	0	0	0	825.800

PAGADO

Señor(es): NILSON GUTIERREZ BAREÑO
Nit: CC 96190967
Dirección: Calle 33b 37-54
Teléfono: 6852536 **Fax:** 6852536
:Ciudad: VILLAVICENCIO

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

MiPlanilla.com | miplanilla.com

Nombre	NILSON ARMANDO GUTIERREZ
Tipo y número de identificación	96190967
Número de radicación planilla	8354580805
Fecha de pago	21/01/2022
Número de autorización de pago	1000000298
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Diciembre 2021
Periodo cotización pensión	Diciembre 2021
Periodo cotización caja	Diciembre 2021
Número de administradoras	3
Total Pagado	$322.300
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL POSITIVA	$63.300	1
230201	Porvenir	$145.400	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud-NUEVA EPS	$113.600	1

PAGADO 1000000298

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	96190967	GUTIERREZ NISON ARMANDO	EPS037	230201																				908.526	908.526	0	908.526	0			145.400	0	0	113.600	0

PAGADO
100000298

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Medellín, 30 de diciembre de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000002 CONDUCTORES	Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4,35 %
C1122122255	AMADO DUARTE AUBLEY	03/01/2022		10GQ1962	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/12/2021 18:22:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.110.65.243, 198.143.41.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

medimás EPS

5000643212

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación
3981030	05 / 01 / 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: AMADO	Segundo apellido: DUARTE	Primer nombre: AUBLEY	Segundo nombre:
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1122122255	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 21 / 07 / 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	0	09

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA SEGUROS DE VIDA	COLPENSIONES	1.000.000

18. Residencia			
Dirección: CL 24 19 16 BRR ARAGUANEY	Teléfono fijo: 3103204	Teléfono celular: 3204779885	Correo electrónico: amado-1988@gmail.com
Municipio/Distrito: ACACÍAS	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: META

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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 de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
VICTOR HUGO PICHON MOLINA	CC	72230344	1

39. Ubicación				
Dirección: CARRERA 39 44 54 AP 602 ED KINESIS BRR ALTOS CABEC	Teléfono: 3112362740	Correo electrónico: victorpichon@hotmail.com	Municipio/Distrito: BUCARAMANGA	Departamento: SANTANDER

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de 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 documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	0 3 0 1 2 0 2 2

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, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales .
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

OBSERVACIONES: 80031625 Julio Cesar Rodriguez Sepulveda

VIGILADO Supersalud

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

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X .
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AUBLEY AMADO DUARTE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1122122255,** se encuentra afiliado/a desde **30/10/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de diciembre de 2021.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

ARL | sura

Medellín, 18 de Diciembre de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - ESCOLTAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1124823297	COCA ARIAS ELKIN OVIDIO	18/12/2021		20634894	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11440616252135263783

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/12/2021 17:43:06.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.99.227.201, 198.143.41.14, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADRES

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	1124823297
NOMBRES	ELKIN OVIDIO
APELLIDOS	COCA ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO GAITAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIARCAJACOPI ATLÁNTICO	SUBSIDIADO	25/05/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión:	12/11/2021 10:27:51	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

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

ELKIN OVIDIO COCA ARIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.823.297,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 21 de Diciembre 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.



FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1991

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

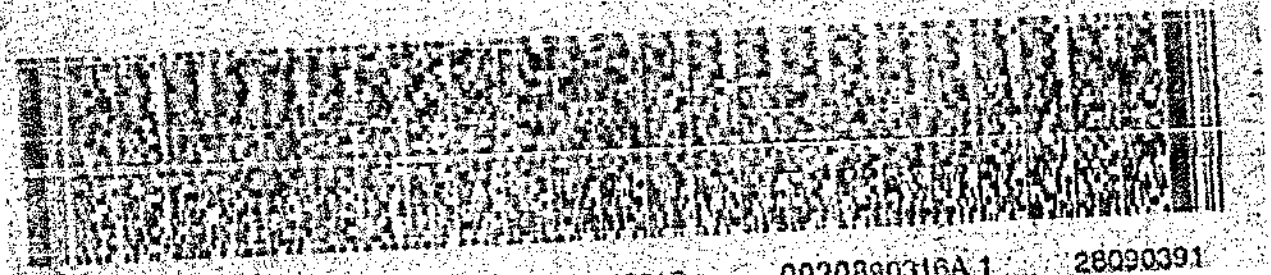
AB+
G.S. RH

M
SEXO

20-ENE-2010 PUERTO GAITAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-5204300-00214648-M-1124823297-20100215 0020890316A 1 28090391

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

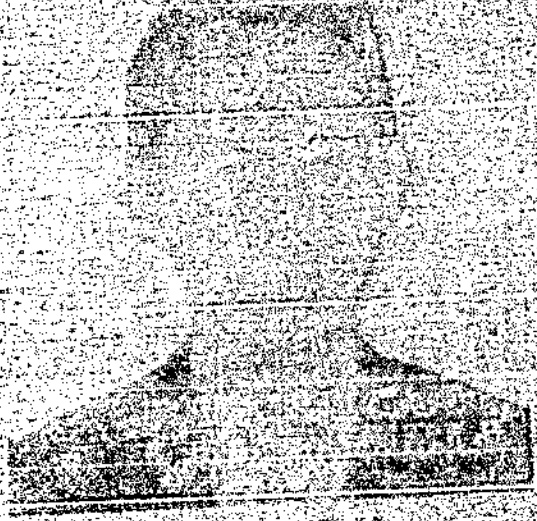
NUMERO 1.124.823.297

COCA ARIAS

APELLIDOS

ELKIN OVIDIO

NOMBRES



FIRMA



INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE
SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL
NIT. 900 373 [illegible]-3
Transversal 9 Nº 8-60 Barrio El Triunfo - Puerto Gaitan - Meta
Cel. 321 463 2249

Nº 14.924

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	12 MES	2021 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA Nombre de la empresa	VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)	Genero	Edad	Documento de Identificación	
COCA ARIAS ELKIN OVIDIO Apellidos y Nombres	MASCULINO	30 AÑOS	CC Tipo	1124823297 Número

Cargo
GUARDA DE SEGURIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA OCUPAR EL CARGO ✓

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS ✓	SI
COORDINACIÓN INTEGRAL MOTRIZ Y CAPACIDAD MENTAL	SI

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 ✓	OPTOMETRÍA ✓
AUDIOMETRÍA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA
	OTROS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS Y ASOCIADOS PARA COVID-19 NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO.
PACIENTE CON PATOLOGIAS NO VULNERABLES PARA COVID-19 SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS Y ASOCIADOS PARA COVID-19.
RECOMENDACIONES PARA COVID-19 (CORONAVIRUS)
LAVESE LAS MANOS FRECUENTEMENTE.
LAVESE LAS MANOS CON FRECUENCIA CON AGUA Y JABON Y SI DISPONE DE UN DESINFECTANTE DE MANOS A BASE DE ALCOHOL.
POR QUE? LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABON MATA EL VIRUS SI ESTE ESTA EN SUS MANOS.
ADOPTE MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA
AL TOSER O ESTORNUDAR, CUBRASE LA BOCA Y LA NARIZ CON EL CODO FLEXIONADO O CON UN PAÑUELO; TIRE EL PAÑUELO INMEDIATAMENTE Y LAVESE LAS MANOS CON AGUA Y JABON.
POR QUE? AL CUBRIR LA BOCA Y LA NARIZ DURANTE LA TOS O EL ESTORNUDO SE EVITA LA PROPAGACION DE

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: RODRIGUEZ QUINTERO JAVIER MAURICIO	Nombre: COCA ARIAS ELKIN OVIDIO
R. M.: 1167-02 L.S.O.: 5876-2019	CC: 1124823297

GERMENES Y VIRUS. SI USTED ESTORNUDA O TOSE CUBRIENDOSE CON LAS MANOS
PUEDE CONTAMINAR LOS OBJETOS O LAS PERSONAS A LOS QUE TOQUE.
MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL
MANTENGA AL MENOS 1 METRO (3 PIES) DE DISTANCIA ENTRE USTED Y LAS DEMAS PERSONAS,
PARTICULARMENTE AQUELLAS QUE TOSAN, ESTORNUDEN Y TENGAN FIEBRE.
POR QUE? CUANDO ALGUIEN CON UNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA, COMO LA INFECCION POR EL COVID19, TOSE
O ESTORNUDA, PROYECTA PEQUEÍAS GOTICULAS QUE CONTIENEN EL VIRUS.
SI ESTA DEMASIADO CERCA, PUEDE INHALAR EL VIRUS.
EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA
POR QUE? LAS MANOS TOCAN MUCHAS SUPERFICIES QUE PUEDEN ESTAR CONTAMINADAS CON EL VIRUS. SI SE
TOCA LOS OJOS, LA NARIZ O LA BOCA CON LAS MANOS CONTAMINADAS,
PUEDES TRANSFERIR EL VIRUS DE LA SUPERFICIE A SI MISMO.
SI TIENE FIEBRE, TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SOLICITE ATENCION MEDICA A TIEMPO
INDIQUE A SU PRESTADOR DE ATENCION DE SALUD SI HA VIAJADO A UNA ZONA CON PRESENCIA DEL VIRUS
COVID19, O SI HA TENIDO UN CONTACTO CERCANO CON ALGUIEN QUE HAYA
VIAJADO DESDE CHINA, EUROPA ENTRE OTROS Y DEMAS PAISES DONDE ESTA PRESENTE ELVIRUS Y TENGA
SINTOMAS RESPIRATORIOS.
POR QUE? SIEMPRE QUE TENGA FIEBRE, TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ES IMPORTANTE QUE BUSQUE
ATENCION MEDICA DE INMEDIATO, YA QUE DICHOS SINTOMAS PUEDEN DEBERSE A
UNA INFECCION RESPIRATORIA O A OTRA AFECCION GRAVE. LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS CON FIEBRE
PUEDEN TENER DIVERSAS CAUSAS, Y DEPENDIENDO DE SUS ANTECEDENTES DE VIAJES
Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES, EL COVID19 PODRIA SER UNA DE ELLAS.
MANTENGASE INFORMADO Y SIGA LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD
MANTENGASE INFORMADO SOBRE LAS ULTIMAS NOVEDADES EN RELACION CON LA COVID-19. SIGA LOS
CONSEJOS DE SU IPS DE ATENCIÓN DE SALUD, DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS
PERTINENTES A NIVEL NACIONAL Y LOCAL O DE SU EMPLEADOR SOBRE LA FORMA DEPROTEGERSE A SI MISMO Y
A LOS DEMAS ANTE LA COVID-19.
POR QUE? LAS AUTORIDADES NACIONALES Y LOCALES DISPONDRAN DE LA INFORMACION MAS ACTUALIZADA
ACERCA DE SI LA COVID-19 SE ESTA PROPAGANDO EN SU ZONA. SON LOS
INTERLOCUTORES MAS INDICADOS PARA DAR CONSEJOS SOBRE LAS MEDIDAS QUE LA POBLACIÓN DE SU ZONA
DEBE ADOPTAR PARA PROTEGERSE.
MEDIDAS DE PROTECCION PARA LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN ZONAS DONDE SE ESTA PROPAGANDO
LA COVID-19 O QUE LAS HAN
VISITADO RECIENTEMENTE (EN LOS ULTIMOS 14 DIAS)
* SIGA LAS ORIENTACIONES EXPUESTAS ARRIBA.
* PERMANEZCA EN CASA SI EMPIEZA A ENCONTRARSE MAL, AUNQUE SE TRATE DE SINTOMAS LEVES COMO
CEFALEA Y RINORREA LEVE,HASTA QUE SE RECUPERE.
POR QUE? EVITAR LOS CONTACTOS CON OTRAS PERSONAS Y LAS VISITAS A CENTROS MEDICOS PERMITIRA QUE
ESTOS ULTIMOS FUNCIONEN CONMAYOR EFICACIA Y AYUDARA A PROTEGERLE A
USTED Y A OTRAS PERSONAS DE POSIBLES INFECCIONES POR EL VIRUS DE LA COVID-19 UOTROS.
* SI TIENE FIEBRE, TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, BUSQUE RAPIDAMENTE ASESORAMIENTO MEDICO, YA QUE
PODRIA DEBERSE AUNA INFECCION RESPIRATORIA U OTRA AFECCION GRAVE.
LLAME CON ANTELACION E INFORME A SU DISPENSADOR DE ATENCION DESALUD SOBRE CUALQUIER VIAJE QUE
HAYA REALIZADO RECIENTEMENTE O CUALQUIER CONTACTO QUE HAYA
MANTENIDO CON VIAJEROS.
POR QUE? LLAMAR CON ANTELACION PERMITIRA QUE SU DISPENSADOR DE ATENCION DE SALUD LE DIRIJA
RAPIDAMENTE HACIA EL CENTRO DESALUD ADECUADO. ESTO AYUDARA TAMBIEN A
PREVENIR LA PROPAGACION DEL VIRUS DE LA COVID-19 Y OTROS VIRUS

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 mi 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		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre:	RODRIGUEZ QUINTERO JAVIER MAURICIO	Nombre:	COCA ARIAS ELKIN OVIDIO
R. M.:	1167-02 L.S.O.: 5876-2019	CC:	1124823297

Escuela de Capacitación y Entrenamiento
en Vigilancia y Seguridad Privada

La Morenita M.L. Ltda.

RESOLUCION No. 0016907 DE MARZO 14 DE 2013
NIT. 830.033.550-2

Hace Constar Que:

El Señor(a) Elkin Ovidio Coca Arias

Identificado(a) con C.C. 1.124.823.297 de Puerto Gaitán - Meta

Ha cumplido con todos los requisitos académicos exigidos por la Supervigilancia

Aprobó el Curso de
Fundamentación Vigilancia

Intensidad de 100 Horas Santiago de Cali, Enero 08 de 2022

No. Reg. Oficial ECSP1166-C248281
No. C. Interno 033260

Representante Legal

Director Académico

VIGILADO SUPERVIGILANCIA

ARL | sura

Medellín, 21 de Diciembre de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - ESCOLTAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C86053734	LOPEZ ALDANA JUAN PABLO	21/12/2021		yu153224	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11440616252135546892

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/12/2021 13:01:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.168.132.251, 198.143.41.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

medimás EPS 5000636650

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No de Radicación	Fecha de Radicación
3975789	2 2 1 2 2 0 2 1

I. DATOS DEL TRÁMITE

1 Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2 Tipo de Afiliado: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3 Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4 Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5 Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6 Apellidos y nombres			
Primer apellido: LOPEZ	Segundo apellido: ALDANA	Primer nombre: JUAN	Segundo nombre: PABLO
7 Tipo documento de identidad: CC	8 Número del documento de identidad: 86053731	9 Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10 Fecha de nacimiento: 2 3 0 6 1 9 7 7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11 Etnia:	12 Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]	13 Puntaje SISBEN: 3.3	14 Grupo de población especial: 05
15 Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA SEGUROS DE VIDA	16 Administradora de Pensiones: PORVENIR S.A.		17 Ingreso Base de cotización - IBC: 908.526
18 Residencia: Dirección: Carrera 9 5-58	Teléfono Fijo: 3186460	Teléfono celular: 3209700196	Correo electrónico: juan.pablo1977@hotmail.com
Municipio/Distrito: RIOSUCIO	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: CALDAS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29 Parentesco	30 Etnia	Tipo	Condición
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						

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	HOSPITAL SAN ANTONIO	7680
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 de documento de identificación	38 Tipo de aportante a pagador de pensiones a registrar por la EPS
VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA	NI	805017265	

39 Ubicación: Dirección: CRA 102 NO. 11 B 69 BARRIO CIUDAD JARDIN	Teléfono: 3399410	Correo electrónico: asistenteseg farallones@gmail.com	Municipio/Distrito: CALI	Departamento: VALLE DEL CAUCA

Escaneado con CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

...e Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
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 / A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
14. Traslado:
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del periodo de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					42. Fecha
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		2 1 1 2 2 0 2 1
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento		
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Juan Aldana.

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio: Yirbeth Vasquez

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad.	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad									0

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que consta la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 consta la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

OBSERVACIONES 1088001017 Isis Tatiana Flor Garcia

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

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesórate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el Instructivo en www.medimas.com.co

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPEZ ALDANA JUAN PABLO** identificado(a) con **CC** número **86.053.734** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de marzo de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

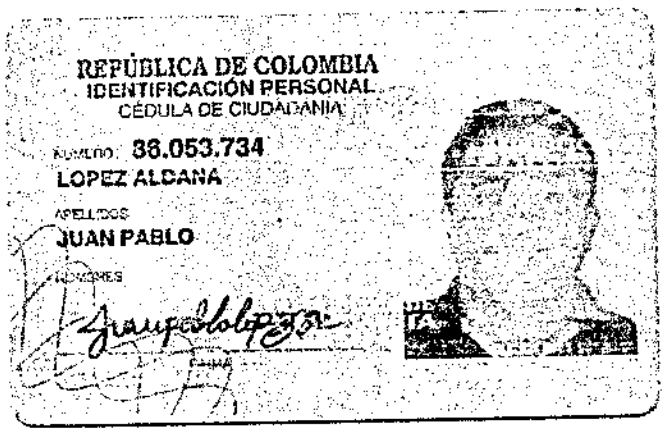
Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de diciembre de 2021.

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 38.053.734
LOPEZ ALDANA
APELLIDOS
JUAN PABLO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUN-1977
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
28-AGO-1995 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-2402500-01052889-M-0038053734-20181221 0063905147A 1 9906738435

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL
NIT. 900 379 445-6
Transversal 9 Nº 8-60 Barrio El Triunfo - Puerto Gaitan - Meta
Cel. 321 463 2249



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 14.916

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 (DÍA)	12 (MES)	2021 (AÑO)	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) (Ciudad)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA (Nombre de la empresa)	VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA (Empresa en misión)

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación (Tipo)	(Número)
LOPEZ ALDANA JUAN PABLO	MASCULINO	44 AÑOS	CC	86053734

Cargo: **GUARDA DE SEGURIDAD**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO PARA OCUPAR EL CARGO** ✓

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
COORDINACIÓN INTEGRAL MOTRIZ Y CAPACIDAD MENTAL	SI

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	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

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

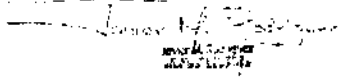
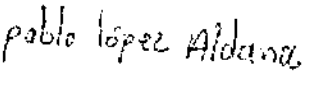
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS Y ASOCIADOS PARA COVID-19 NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO.
PACIENTE CON PATOLOGIAS NO VULNERABLES PARA COVID-19 SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS Y ASOCIADOS PARA COVID-19.
RECOMENDACIONES PARA COVID-19 (CORONAVIRUS)
LAVESE LAS MANOS FRECUENTEMENTE.
LAVESE LAS MANOS CON FRECUENCIA CON AGUA Y JABON Y SI DISPONE DE UN DESINFECTANTE DE MANOS A BASE DE ALCOHOL.
POR QUE? LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABON MATA EL VIRUS SI ESTE ESTA EN SUS MANOS.
ADOPTE MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA
AL TOSER O ESTORNUDAR, CUBRASE LA BOCA Y LA NARIZ CON EL CODO FLEXIONADO O CON UN PAÑUELO; TIRE EL PAÑUELO INMEDIATAMENTE Y LAVESE LAS MANOS CON AGUA Y JABON.
POR QUE? AL CUBRIR LA BOCA Y LA NARIZ DURANTE LA TOS O EL ESTORNUDO SE EVITA LA PROPAGACION DE

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: Javier M. Rodriguez	Firma: Juan pablo lópez Aldana
Nombre: RODRIGUEZ QUINTERO JAVIER MAURICIO	Nombre: LOPEZ ALDANA JUAN PABLO
R. M.: 1167-02 L.S.O.: 5876-2019	CC: 86053734

GERMENES Y VIRUS. SI USTED ESTORNUDA O TOSE CUBRIENDOSE CON LAS MANOS
PUEDE CONTAMINAR LOS OBJETOS O LAS PERSONAS A LOS QUE TOQUE.
MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL
MANTENGA AL MENOS 1 METRO (3 PIES) DE DISTANCIA ENTRE USTED Y LAS DEMAS PERSONAS, PARTICULARMENTE AQUELLAS QUE TOSAN, ESTORNUDEN Y TENGAN FIEBRE.
POR QUE? CUANDO ALGUIEN CON UNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA, COMO LA INFECCION POR EL COVID19, TOSE O ESTORNUDA, PROYECTA PEQUEÍAS GOTICULAS QUE CONTIENEN EL VIRUS.
SI ESTA DEMASIADO CERCA, PUEDE INHALAR EL VIRUS.
EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA
POR QUE? LAS MANOS TOCAN MUCHAS SUPERFICIES QUE PUEDEN ESTAR CONTAMINADAS CON EL VIRUS. SI SE TOCA LOS OJOS, LA NARIZ O LA BOCA CON LAS MANOS CONTAMINADAS,
PUEDES TRANSFERIR EL VIRUS DE LA SUPERFICIE A SI MISMO.
SI TIENE FIEBRE, TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SOLICITE ATENCION MEDICA A TIEMPO
INDIQUE A SU PRESTADOR DE ATENCION DE SALUD SI HA VIAJADO A UNA ZONA CON PRESENCIA DEL VIRUS COVID19, O SI HA TENIDO UN CONTACTO CERCANO CON ALGUIEN QUE HAYA
VIAJADO DESDE CHINA, EUROPA ENTRE OTROS Y DEMAS PAISES DONDE ESTA PRESENTE ELVIRUS Y TENGA SINTOMAS RESPIRATORIOS.
POR QUE? SIEMPRE QUE TENGA FIEBRE, TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ES IMPORTANTE QUE BUSQUE ATENCION MEDICA DE INMEDIATO, YA QUE DICHOS SINTOMAS PUEDEN DEBERSE A
UNA INFECCION RESPIRATORIA O A OTRA AFECCION GRAVE. LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS CON FIEBRE PUEDEN TENER DIVERSAS CAUSAS, Y DEPENDIENDO DE SUS ANTECEDENTES DE VIAJES
Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES, EL COVID19 PODRIA SER UNA DE ELLAS.
MANTENGASE INFORMADO Y SIGA LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD
MANTENGASE INFORMADO SOBRE LAS ULTIMAS NOVEDADES EN RELACION CON LA COVID-19. SIGA LOS CONSEJOS DE SU IPS DE ATENCIÓN DE SALUD, DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS
PERTINENTES A NIVEL NACIONAL Y LOCAL O DE SU EMPLEADOR SOBRE LA FORMA DEPROTEGERSE A SI MISMO Y A LOS DEMAS ANTE LA COVID-19.
POR QUE? LAS AUTORIDADES NACIONALES Y LOCALES DISPONDRAN DE LA INFORMACION MAS ACTUALIZADA ACERCA DE SI LA COVID-19 SE ESTA PROPAGANDO EN SU ZONA. SON LOS
INTERLOCUTORES MAS INDICADOS PARA DAR CONSEJOS SOBRE LAS MEDIDAS QUE LA POBLACIÓN DE SU ZONA DEBE ADOPTAR PARA PROTEGERSE.
MEDIDAS DE PROTECCION PARA LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN ZONAS DONDE SE ESTA PROPAGANDO LA COVID-19 O QUE LAS HAN
VISITADO RECIENTEMENTE (EN LOS ULTIMOS 14 DIAS)
* SIGA LAS ORIENTACIONES EXPUESTAS ARRIBA.
* PERMANEZCA EN CASA SI EMPIEZA A ENCONTRARSE MAL, AUNQUE SE TRATE DE SINTOMAS LEVES COMO CEFALEA Y RINORREA LEVE,HASTA QUE SE RECUPERE.
POR QUE? EVITAR LOS CONTACTOS CON OTRAS PERSONAS Y LAS VISITAS A CENTROS MEDICOS PERMITIRA QUE ESTOS ULTIMOS FUNCIONEN CONMAYOR EFICACIA Y AYUDARA A PROTEGERLE A
USTED Y A OTRAS PERSONAS DE POSIBLES INFECCIONES POR EL VIRUS DE LA COVID-19 UOTROS.
* SI TIENE FIEBRE, TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, BUSQUE RAPIDAMENTE ASESORAMIENTO MEDICO, YA QUE PODRIA DEBERSE AUNA INFECCION RESPIRATORIA U OTRA AFECCION GRAVE.
LLAME CON ANTELACION E INFORME A SU DISPENSADOR DE ATENCION DESALUD SOBRE CUALQUIER VIAJE QUE HAYA REALIZADO RECIENTEMENTE O CUALQUIER CONTACTO QUE HAYA
MANTENIDO CON VIAJEROS.
POR QUE? LLAMAR CON ANTELACION PERMITIRA QUE SU DISPENSADOR DE ATENCION DE SALUD LE DIRIJA RAPIDAMENTE HACIA EL CENTRO DESALUD ADECUADO. ESTO AYUDARA TAMBIEN A
PREVENIR LA PROPAGACION DEL VIRUS DE LA COVID-19 Y OTROS VIRUS

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. Fuí 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		**Aspirante o Trabajador**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	RODRIGUEZ QUINTERO JAVIER MAURICIO	**Nombre:**	LOPEZ ALDANA JUAN PABLO
R. M.:	1167-02 **L.S.O.:** 5876-2019	**CC:**	86053734

Escuela de Capacitación y Entrenamiento
en Vigilancia y Seguridad Privada

La Morenita M.L. Ltda.

RESOLUCIÓN No. 0016907 DE MARZO 14 DE 2013
NIT. 830.033.550-2

Hace Constar Que:

El Señor(a) *Juan Pablo López Aldana*

Identificado(a) con C.C. *86.053.734* de *Villavicencio - Meta*

Ha cumplido con todos los requisitos académicos exigidos por la Supervigilancia

Aprobó el Curso de

Fundamentación Vigilancia

Intensidad de *100* Horas *Santiago de Cali, Enero 08 de 2022*

No. Reg. Oficial ECSP1166-C248280

No. C. Interno 033259

Representante Legal

Director Académico

VIGILADO SUPERVIGILANCIA

ARL | sura

Medellín, 21 de Diciembre de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - ESCOLTAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1124822874	ESPINOSA URBANO LUIS ERIKSON	21/12/2021		23961912	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11440616252135545525

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/12/2021 12:38:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.168.132.251, 198.143.41.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/12/2021, el empleador VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA identificado con NIT número 805017265 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3944605	21/12/2021	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1124822874	LUISERIKSON ESPINOSA URBANO	908526	GUARDIA DE SEGURIDAD	2021-12-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Diciembre del año 2021.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ADRES

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	1124822874
NOMBRES	LUIS ERIKSON
APELLIDOS	ESPINOSA URBANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO GAITAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/10/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 12/11/2021 08:11:07 | **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

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a LUIS ERIKSON ESPINOSA URBANO identificado/a con **documento de identidad Cédula de Ciudadanía número 1124822874,** se encuentra afiliado/a desde **12/04/2011** al **Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM)** administrado por la Administradora Colombiana de **Pensiones COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de diciembre de 2021.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.124.822.874**

ESPINOSA URBANO

APELLIDOS

LUIS ERIKSON

NOMBRES

Luis Erikson Espinosa U.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUN-1991**

PUERTO GAITAN
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-JUL-2009 PUERTO GAITAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5204300-00190915-M-1124822874-20091027 **0017**491464A 1 28486332

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE
SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL
NIT. 900 379 443-8
Transversal 9 Nº 8-60 Barrio El Triunfo - Puerto Gaitan - Meta
Cel. 321 463 2249



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 14.917

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 (DÍA)	12 (MES)	2021 (AÑO)	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) (Ciudad)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA	VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ESPINOSA URBANO LUIS ERIKSON	MASCULINO	30 AÑOS	CC (Tipo)	1124822874 (Número)

Cargo
GUARDA DE SEGURIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON CONDICIÓN MÉDICA QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
COORDINACIÓN INTEGRAL MOTRIZ Y CAPACIDAD MENTAL	SI

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	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	.....	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN	
	OTROS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS Y ASOCIADOS PARA COVID-19 NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO.
PACIENTE CON PATOLOGIAS NO VULNERABLES PARA COVID-19 SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS Y ASOCIADOS PARA COVID-19.
RECOMENDACIONES PARA COVID-19 (CORONAVIRUS)
LAVESE LAS MANOS FRECUENTEMENTE.
LAVESE LAS MANOS CON FRECUENCIA CON AGUA Y JABON Y SI DISPONE DE UN DESINFECTANTE DE MANOS A BASE DE ALCOHOL.
POR QUE? LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABON MATA EL VIRUS SI ESTE ESTA EN SUS MANOS.
ADOPTE MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA
AL TOSER O ESTORNUDAR, CUBRASE LA BOCA Y LA NARIZ CON EL CODO FLEXIONADO O CON UN PAÑUELO; TIRE

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: LUIS ERIKSON ESPINOSA
Nombre: RODRIGUEZ QUINTERO JAVIER MAURICIO	Nombre: ESPINOSA URBANO LUIS ERIKSON
R. M.: 1167-02 L.S.O.: 5876-2019	CC: 1124822874

EL PAÑUELO INMEDIATAMENTE Y LAVESE LAS MANOS CON AGUA Y JABON.
POR QUE? AL CUBRIR LA BOCA Y LA NARIZ DURANTE LA TOS O EL ESTORNUDO SE EVITA LA PROPAGACION DE GERMENES Y VIRUS. SI USTED ESTORNUDA O TOSE CUBRIENDOSE CON LAS MANOS
PUEDE CONTAMINAR LOS OBJETOS O LAS PERSONAS A LOS QUE TOQUE.
MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL
MANTENGA AL MENOS 1 METRO (3 PIES) DE DISTANCIA ENTRE USTED Y LAS DEMAS PERSONAS, PARTICULARMENTE AQUELLAS QUE TOSAN, ESTORNUDEN Y TENGAN FIEBRE.
POR QUE? CUANDO ALGUIEN CON UNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA, COMO LA INFECCION POR EL COVID19, TOSE O ESTORNUDA, PROYECTA PEQUEÏAS GOTICULAS QUE CONTIENEN EL VIRUS.
SI ESTA DEMASIADO CERCA, PUEDE INHALAR EL VIRUS.
EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA
POR QUE? LAS MANOS TOCAN MUCHAS SUPERFICIES QUE PUEDEN ESTAR CONTAMINADAS CON EL VIRUS. SI SE TOCA LOS OJOS, LA NARIZ O LA BOCA CON LAS MANOS CONTAMINADAS,
PUEDES TRANSFERIR EL VIRUS DE LA SUPERFICIE A SI MISMO.
SI TIENE FIEBRE, TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SOLICITE ATENCION MEDICA A TIEMPO
INDIQUE A SU PRESTADOR DE ATENCION DE SALUD SI HA VIAJADO A UNA ZONA CON PRESENCIA DEL VIRUS COVID19, O SI HA TENIDO UN CONTACTO CERCANO CON ALGUIEN QUE HAYA
VIAJADO DESDE CHINA, EUROPA ENTRE OTROS Y DEMAS PAISES DONDE ESTA PRESENTE ELVIRUS Y TENGA SINTOMAS RESPIRATORIOS.
POR QUE? SIEMPRE QUE TENGA FIEBRE, TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ES IMPORTANTE QUE BUSQUE ATENCION MEDICA DE INMEDIATO, YA QUE DICHOS SINTOMAS PUEDEN DEBERSE A
UNA INFECCION RESPIRATORIA O A OTRA AFECCION GRAVE. LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS CON FIEBRE PUEDEN TENER DIVERSAS CAUSAS, Y DEPENDIENDO DE SUS ANTECEDENTES DE VIAJES
Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES, EL COVID19 PODRIA SER UNA DE ELLAS.
MANTENGASE INFORMADO Y SIGA LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD
MANTENGASE INFORMADO SOBRE LAS ULTIMAS NOVEDADES EN RELACION CON LA COVID-19. SIGA LOS CONSEJOS DE SU IPS DE ATENCIÓN DE SALUD, DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS
PERTINENTES A NIVEL NACIONAL Y LOCAL O DE SU EMPLEADOR SOBRE LA FORMA DEPROTEGERSE A SI MISMO Y A LOS DEMAS ANTE LA COVID-19.
POR QUE? LAS AUTORIDADES NACIONALES Y LOCALES DISPONDRAN DE LA INFORMACION MAS ACTUALIZADA ACERCA DE SI LA COVID-19 SE ESTA PROPAGANDO EN SU ZONA. SON LOS
INTERLOCUTORES MAS INDICADOS PARA DAR CONSEJOS SOBRE LAS MEDIDAS QUE LA POBLACIÓN DE SU ZONA DEBE ADOPTAR PARA PROTEGERSE.
MEDIDAS DE PROTECCION PARA LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN ZONAS DONDE SE ESTA PROPAGANDO LA COVID-19 O QUE LAS HAN
VISITADO RECIENTEMENTE (EN LOS ULTIMOS 14 DIAS)
* SIGA LAS ORIENTACIONES EXPUESTAS ARRIBA.
* PERMANEZCA EN CASA SI EMPIEZA A ENCONTRARSE MAL, AUNQUE SE TRATE DE SINTOMAS LEVES COMO CEFALEA Y RINORREA LEVE,HASTA QUE SE RECUPERE.
POR QUE? EVITAR LOS CONTACTOS CON OTRAS PERSONAS Y LAS VISITAS A CENTROS MEDICOS PERMITIRA QUE ESTOS ULTIMOS FUNCIONEN CONMAYOR EFICACIA Y AYUDARA A PROTEGERLE A
USTED Y A OTRAS PERSONAS DE POSIBLES INFECCIONES POR EL VIRUS DE LA COVID-19 UOTROS.
* SI TIENE FIEBRE, TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, BUSQUE RAPIDAMENTE ASESORAMIENTO MEDICO, YA QUE PODRIA DEBERSE AUNA INFECCION RESPIRATORIA U OTRA AFECCION GRAVE.
LLAME CON ANTELACION E INFORME A SU DISPENSADOR DE ATENCION DESALUD SOBRE CUALQUIER VIAJE QUE HAYA REALIZADO RECIENTEMENTE O CUALQUIER CONTACTO QUE HAYA
MANTENIDO CON VIAJEROS.
POR QUE? LLAMAR CON ANTELACION PERMITIRA QUE SU DISPENSADOR DE ATENCION DE SALUD LE DIRIJA RAPIDAMENTE HACIA EL CENTRO DESALUD ADECUADO. ESTO AYUDARA TAMBIEN A
PREVENIR LA PROPAGACION DEL VIRUS DE LA COVID-19 Y OTROS VIRUS

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	LUIS ERIKSON ESPINOSA U.
Nombre:	RODRIGUEZ QUINTERO JAVIER MAURICIO	Nombre:	ESPINOSA URBANO LUIS ERIKSON
R. M.:	1167-02 L.S.O.: 5876-2019	CC:	1124822874

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 atención 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 mi 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 cumplimento 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		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre:	RODRIGUEZ QUINTERO JAVIER MAURICIO	Nombre:	ESPINOSA URBANO LUIS ERIKSON
R. M.:	1167-02 L.S.O.: 5876-2019	CC:	1124822874

Escuela de Capacitación y Entrenamiento
en Vigilancia y Seguridad Privada

La Morenita M.L. Ltda.

RESOLUCIÓN No. 0016907 DE MARZO 14 DE 2013
NIT. 830.033.550-2

Hace Constar Que:

El Señor(a) *Luis Erikson Espinosa Urbano*

Identificado(a) con C.C. *1.124.822.874* de *Puerto Gaitán - Meta*

Ha cumplido con todos los requisitos académicos exigidos por la Supervigilancia

Aprobó el Curso de

Fundamentación Vigilancia

Intensidad de *100* Horas *Santiago de Cali, Enero 08 de 2022*

No. Reg. Oficial ECSP1166-C248279

No. C. Interno 033258

Representante Legal

Director Académico

VIGILADO SUPERVIGILANCIA

ARL | sura

Medellín, 05 de enero de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000005 ESCOLTAS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C17343493	ESPINOSA MADRID LUIS IGNACIO	06/01/2022		177P2512	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/01/2022 11:36:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.116.234.79, 198.143.41.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S
NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ — Cotizante o Cabeza de Familia ☒ — Beneficiario o afiliado adicional ☐
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: Espinosa | Madrid | Luis | Ignacio
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 17.343.493
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento: 2001 | 19 | 10

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia ☐
12. Discapacidad: Tipo ☐ Condición ☐
13. Puntaje SISBÉN ☐
14. Grupo de población especial ☐
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones: Colfondos
17. Ingreso base de cotización (IBC): $ 1.000.000
18. Residencia: Puente carmena | 3172961640 | Luisespinosa@gmail.com
Municipio: Arimena | Zona: Urbana ☐ Rural ☒ | Localidad / Comuna: 1 | Departamento: meta

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
23. Fecha de nacimiento

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

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

Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo		Condición	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

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

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: Vigilancia y seguridad fortaleza ltda
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 805026265
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: Cra 55B # 6A-04 | Teléfono: 3456196 | Correo electrónico: Thebethoseguridad@gmail.com | Municipio-Distrito: Cali | Departamento: Valle

F383-RVA V.1 0-2016

Escaneado con CamScanner

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 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

Tipo de documento de identidad ☐		Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha 06/12/2017
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, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Luis espinosa

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Lilibeth Vasquez

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

Anexo copia del documento de identidad: ON ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total ☐

29. F

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

F3AS-RVA V.1.0-2016

Escaneado con CamScanner

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	17343493
NOMBRES	LUIS IGNACIO
APELLIDOS	ESPINOSA MADRID
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO GAITAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO POR EMERGENCIA	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/14/2021 11:08:13	Estación de origen:	2800:484:b587:8f00:a9f7:50c4:7de6:18bd

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.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS IGNACIO ESPINOSA MADRID identificado(a) con C.C No. 17.343.493, 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 08 de enero del 2022.

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



INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL
NIT. 900 379 445-6
Transversal 9 Nº 8-60 Barrio El Triunfo - Puerto Gaitan - Meta
Cel. 321 463 2249



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 15.139

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA	VIGILANCIA Y SEGURIDAD FARALLONES LTDA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ESPINOSA MADRID LUIS IGNACIO	MASCULINO	51 AÑOS	Tipo: CC	Número: 17343493

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA OCUPAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
COORDINACIÓN INTEGRAL MOTRIZ Y CAPACIDAD MENTAL	SI

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 ✓	OPTOMETRÍA ✓
AUDIOMETRÍA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS DURANTE LAS LABORES , UTILIZAR PROTEICCCION SOLAR , UTILIZAR LENTES DE SOL , ESTILOS DE VIDA SALUDABLE , SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LA UTILIZACION DE MASCARILLA QUIRURGICA PARA EVITAR CONTAGIO Y PROPAGACION DEL VIRUS SARS COVD 2.

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: AGUAS LEAL OSCAR ALBERTO

R. M.: 5010898 L.S.O.: 3685

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ESPINOSA MADRID LUIS IGNACIO

CC: 17343493

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **17.343.493**

ESPINOSA MADRID

APELLIDOS

LUIS IGNACIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ENE-1970**

PUERTO GAITAN
(META)

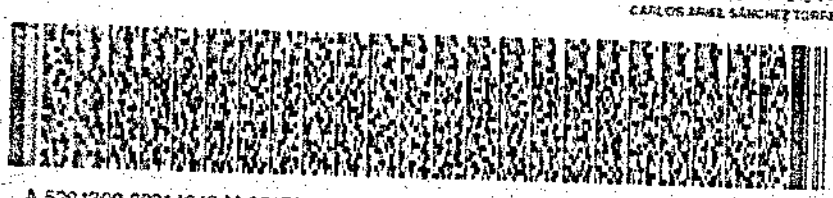
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-SEP-1988 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-5204300-00214648-M-0017343493-20100215 0020889733A 2 28486784

Escuela de Capacitación y Entrenamiento
en Vigilancia y Seguridad Privada

La Morenita M.L. Ltda.

RESOLUCION No. 0016907 DE MARZO 14 DE 2013
NIT. 830.033.550-2

Hace Constar Que:

El Señor(a) *Luis Ignacio Espinosa Madrid*

Identificado(a) con C.C. *17.343.493* de *Villavicencio - Meta*

Ha cumplido con todos los requisitos académicos exigidos por la Supervigilancia

Aprobó el Curso de

Reentrenamiento Vigilancia

Intensidad de *30* Horas *Santiago de Cali, Enero 12 de 2022*

No. Reg. Oficial ECSP1166-C248284

No. C. Interno 033261

Representante Legal

Director Académico

VIGILADO SUPERVIGILANCIA

Colmena Seguros

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672	
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA	
IDENTIFICACION:	NI 901529301	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80424663	2022-1-18	CC 1004225550
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
ANDRADE ALVAREZ	CAMILO ANDRES	1999-7-10
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
VEREDA PUENTE ARIMENA	VEREDA PUENTE ARIMENA	Rural
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
PUERTO GAITAN - Meta	ANDRESTO1512@GMAIL.COM	3456777
Celular	**Sexo**	
3212878578	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AYUDANTE DE MAQUIN EQUIPOS	$1,000,000.00	CAPRESOCA EPS
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-18	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

capresoca EPS
- Existimos para la Gente -
NIT. 891.856.000-7

130.05

El Yopal, 19 de enero del 2022

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAMILO ANDRES ANDRADE ALVAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadania No. 1004225550, se encuentra registrado(a) en **CAPRESOCA EPS** desde el 01/01/2016 en el regimen **Contributivo** por el municipio de **Yopal, Casanare** y su estado actual es **ACTIVO**

PROCESO MISIONAL DE ASEGURAMIENTO

DIANA ABRIL PEÑA
Proyectó

Si al verificar su información encuentra inconsistencias, por favor acercarse a las oficinas de CAPRESOCA EPS en la Calle 7 # 19 - 34 o comunicarse a los telefonos (57) 8 6356363, (57) 8 6358162, (57) 8 6358163, (57) 8 6324068, (57) 8 6348614, línea de atención gratuita: 018000912880 para actualizar datos.

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	1004225550
NOMBRES	CAMILO ANDRES
APELLIDOS	ANDRADE ALVAREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO POR EMERGENCIA	CAPRESOCA E.P.S. -CM	CONTRIBUTIVO	01/01/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/17/2022 13:15:39	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

la-proteccion-de-datos-de-los-colombianos.aspx)

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

Fecha de Corte: 2022-01-07

INFORMACIÓN BASICA

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1004225550	CAMILO	ANDRES	ANDRADE	ALVAREZ	M

Fecha de Corte: 2022-01-07

AFILIACIÓN A SALUD

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
CAJA DE PREVISION SOCIAL Y SEGURIDAD DEL CASANARE - CAPRESOCA E.P.S. -CM	Contributivo	10/04/2021	Activo por emergencia	COTIZANTE	YOPAL

Fecha de Corte: 2022-01-07

AFILIACIÓN A PENSIONES

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2021-03-12	Inactivo

✓ Porvenir

Fecha de Corte: 2022-01-07

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2022-01-07

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2021-11-30

AFILIACIÓN A CESANTIAS

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2022-01-07

PENSIONADOS

No se han reportado pensiones para esta persona.

Fecha de Corte: 2021-11-30

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co (mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co)
Términos y Condiciones de uso. (/Documents/Ministerio/Terminos%20y%20Condiciones%20de%20uso%20del%20portal%20web_Octubre%202012x.pdf)
Ultima Actualización : lunes, 17 de enero de 2022

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del pais: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Versión 2.4

(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-Pol%C3%ADtica-de-Protecci%C3%B3n-de-Datos-Personales.aspx)

en-

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:

CAMILO ANDRES ANDRADE ALVAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.225.550**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2022.

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.225.550**
ANDRADE ALVAREZ
APELLIDOS
CAMILO ANDRES
NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-1999**
VILLAVIEJA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

18-SEP-2017 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4600100-01150827-M-1004225550-20200804 **0071**400128A 1 9912654987

Grupo Preferencial Sanar LPS
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.570

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO CON ALTURAS

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

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMITADA	CONSORCIO SD VICHADA
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)

ANDRADE ALVAREZ CAMILO ANDRES	Genero: MASCULINO	Edad: 22 AÑOS 6 MESES 6 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo) 1004225550 (Número)
Apellidos y Nombres	Teléfonos		

Cargo
AYUDANTE DE MAQUINARIA Y EQUIPOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI

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	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PSICOLOGIA ALTURAS	✓
HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGÚN LA EVALUACION MEDICA, PRUEBAS CLINICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO, SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /CAPACITAR PARA TRABAJO EN ALTURAS /VERIFICAR CONDICIONES FISICAS Y PSICOLOGICAS AL REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /LA EMPRESA CUMPLIRA LA RESOLUCION 1409 DE 2012/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ ACUDIR A ENTRENAMIENTOS LOCALES EN AREAS DE OPERACIÓN/CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIO CLINICO OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SG-SST/ SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre:	RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO	Nombre:	ANDRADE ALVAREZ CAMILO ANDRES
R. M.:	5640 L.S.O.: 4958	CC:	1004225550

Puerto Gaitán - Meta, Jueves 20 de Enero de 2022

2022-CSDV-EXT- 031

Atn. ANDRADE ALVAREZ CAMILO ANDRES
AYUDANTE DE MAQUINARIA Y EQUIPOS

Referencia: 974 DE 2021 - MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO, GESTION PREDIAL, SOCIAL Y AMBIENTAL SOSTENIBLE DE LA CONEXION PACIFICO - ORINOQUIA SECTOR PUENTE ARIMENA - VIENTO - SANTA CECILIA (PUENTE ARIMENA - VIENTO; JURIEPE - PUERTO CARRENO), EN LOS DEPARTAMENTOS DE META Y VICHADA, EN MARCO DE LA REACTIVACION ECONOMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PUBLICA "VIAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACION VISION 2030". MODULO 4.

Asunto General: **RECOMENDACIONES MEDICAS EXAMEN DE INGRESO**

Cordial Saludo,

Nos permitimos informarle que de acuerdo con el resultado de su EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, usted debe seguir las siguientes recomendaciones:

1 - Higiene Postural
2 - Pausas Activas
3 - Hábitos de Vida Saludables
4 - Control Ocupacional Anual
5 - Uso corrección óptica permanente
6 - Valoración de optometría por EPS
7 - Uso de EPP

COMPLIR CON LAS NORMAS SST.
ESTILO DE SALUDABLE – HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS ADHERIRSE A LOS LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA Y EL MINISTERO DE SALUD CON OCACION A LA EMERGENCIA SANITARIA Y/o PANDEMIA COVID 19.

Trabajador con patología que no infiere en su labor.

Cordialmente,

Cristian Ermel Botina Riascos
Supervisor de Talento Humano
cristian.botina@grupolhs.com
CONSORCIO SD VICHADA

Copia: Archivo,

Reviso: Cristian Ermel Botina Riascos /
Aprobó: Cristian Ermel Botina Riascos /
Realizó: Cristian Ermel Botina Riascos /

Colmena Seguros

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672	
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA	
IDENTIFICACION:	NI 901529301	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80602642	2022-1-27	CC 1003376872
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
BENAVIDES GOMEZ	EINER	1997-9-11
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
MZ C CS 31	BARRIO TOBIAS DAZA	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
VALLEDUPAR - Cesar	reiner091197@gmail.com	345
Celular	**Sexo**	
3023374273	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
OPERADOR DE PLANTA TRITURADORA	$1,890,428.00	Salud Total S.A. E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-27	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007732191	2|7|0|1|2|0|2|2

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 ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐ B. Colectiva ☐	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			
BENAVIDES (Primer apellido)	GOMEZ (Segundo apellido)	EINER (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1003376872	Femenino ☐ Masculino ☒	1|1|0|9|1|9|9|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA	PORVENIR FPC	1890428

18.Residencia			
MZ C CA 19 TOBIAS DAZA SEGUNDA ET (Dirección)	Telefono fijo	3023374273 (Telefono celular)	REINER091197@GMAIL.COM (Correo electronico)
VALLEDUPAR (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CESAR (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				
		Tipo			Condición	
		F	N	M	T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

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

Seleccion de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C VS LOPERENA - VS LOPERENA	VSLOPERENA - VSLOPERENA
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)
CONSORCIO SD VICHADA	NIT	901529301	01

39.Ubicación				
CR 86 NO 51 66 OF 204 (Dirección)	3456777 (Teleéfono)	GRUPOLHS@GRUPOLHS.COM (Correo electrónico)	PUERTO GAITAN (Municipio/distrito)	META (Departamento)

No de Radicación
4007732191

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 inscripción 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|7|0|1|2|0|2|2

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

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

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

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 clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que 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 envíe 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
Einer Benavides	

IX.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 consista 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

Colmena Seguros

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	CUARTAS POSADA RUBIO DE JESUS
IDENTIFICACIÓN:	CC 10050760
INICIO VIGENCIA TRABAJADOR:	06/01/2022
CARGO:	OPERADOR DE DUMPER
CLASE:	5
TASA:	6,96
SALARIO:	$1.600.000
ESTADO ACTUAL TRABAJADOR:	VIGENTE

DATOS COTIZANTE

RAZÓN SOCIAL:	CONSORCIO SD VICHADA
CC /NIT:	NI 901529301
CONTRATO:	1193672
SEDE:	BOGOTA
CENTRO DE TRABAJO:	RIESGO 5
INICIO VIGENCIA CONTRATO:	12/10/2021
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	ACTIVO

La presente se expide a los 26 días del mes de enero del año 2022.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 26/01/2022 15:45:43. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007610977	0|7|0|1|2|0|2|2

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 ☐	A.Contributivo ☒
		B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	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			
CUARTAS (Primer apellido)	POSADA (Segundo apellido)	RUBIO (Primer nombre)	DE JESUS (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	10050760	Femenino ☐ Masculino ☒	0|9|0|8|1|9|8|3

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
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1600000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
MZ 29 C 34		3114236084	MATIUS_MARYU@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
VILLAVICENCIO	Urbana ☒ Rural ☐		META

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 BARZAL - LLANO SMILE S.A.S	VSBARZAL - LLANOSMILE
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)
CONSORCIO SD VICHADA	NIT	901529301	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 86 NO 51 66 OF 204	3456777	GRUPOLHS@GRUPOLHS.COM	PUERTO GAITAN	META

No de Radicación
4007610977

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|6|0|1|2|0|2|2

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 clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS 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
Rubio de Jesus Courtas	

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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

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	10050760
NOMBRES	RUBIO DE JESUS
APELLIDOS	CUARTAS POSADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/11/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/05/2022 13:53:34	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

CC 10050760	RUBIO	DE JESUS	CUARTAS	POSADA	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2021-12-17

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
SALUD TOTAL S.A.	Contributivo	01/11/2021	Activo	COTIZANTE	VILLAVICENCIO

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2021-12-17

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2005-04-14	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2021-12-17

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	2020-08-21	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Bogotá, D.C.- BOGOTÀ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2021-07-22	Activa	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Meta- VILLAVICENCIO
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2021-09-27	Activa	TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LOS TRABAJOS ESPECIALIZADOS DE INSTALACIÓN DE ALUMBRADO Y SEÑALIZACIÓN ELECTRICA DE CARRETERAS Y LOS TRABAJO DE INSTALACIÓN DE CENTRALES DE ENERGÍA, TRANSFORMADORES, SISTEMAS DE ALARMA.	Meta- VILLAVICENCIO
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2021-11-14	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCIÓN, DIRECCIÓN DE OBRAS DE CONSTRUCCIÓN, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMESURA, EXPLOTACIÓN Y PROSPECCIÓN GEOLOGICAS, ASESORAMIENTO TÉCNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DEMÁQUINAS CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN LA OBRA	Meta- VILLAVICENCIO
CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2019-01-28	Activa	EXTRACCION DE ARENAS Y GRAVAS SILICEAS INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A LA EXPLOTACIÓN DE MINAS DE ARENA	Meta- VILLAVICENCIO

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2021-12-17

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2021-11-30

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2017-02-14	VIGENTE	Meta- VILLAVICENCIO
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2018-02-14	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÀ
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2021-02-15	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÀ

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2021-12-17

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2021-11-30

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

la-proteccion-de-datos-de-los-colombianos.aspx)
(http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Politica-de-Tratamiento-de-Datos-Personales.aspx)
EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MISMO. CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10050760,** se encuentra afiliado/a desde **14/04/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de enero de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Cofrem	FORMATO "AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"	Página 1 de 1
		Versión: 15
	Dependencia Generadora: División de Subsidios / Código: PD-170-01-F01	F. Vigencia: 2021-03-24

PARA SU DILIGENCIAMIENTO ESCRIBIR A MAQUINA O LETRA IMPRENTA EN ORIGINAL

(ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO, LEA EL RESPALDO DEL MISMO Y ENTÉRESE DE LOS DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR SEGÚN SEA SU CASO Y LA INFORMACIÓN IMPORTANTE AL FINAL DEL FORMULARIO)

Señale con una X donde Corresponda		Fecha de Diligenciamiento			Tipo Contrato	
		Año	Mes	Día		
1. Afiliación del trabajador y personas a cargo por primera vez	X	2022	1	6	Fijo	X
2. Adición de personas a cargo del trabajador ya afiliado					Indefinido	
3. Reafiliación						

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador:	Nit X C.C	Dirección del Empleador:	Teléfono Fijo: 3456677
CONSORCIO SD VICHADA	No. 901 529 301-2	CR 86 # 51 -66 OFICINA 204 BOGOTA	Celular: 3155644227

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido o de Casada:	Nombres:	C.C. X .E. T.I. PA P P.	Fecha de Expedición		
				Año	Mes	Día
CUARTAS	POSADA	RUBIO DE JESUS	No: 10,050,760	2001	9	21

Fecha de Nacimiento			Estado Civil (Señale con una X)				Sexo		Fecha de Ingreso a la			Salario Básico Mensual $		
Año	Mes	Día					Hombre	Mujer	Año	Mes	Día			
1983	8	9	Soltero (a)		Unión Libre	X	X		2022	1	6	1,600,000	Fijo	X
			Casado (a)		Viudo (a)								Variable	
			Separado (a)		Divorciado (a)									

Orientación Sexual		Nivel de Escolaridad				Pertenencia Étnica			Factor de Vulnerabilidad					
Heterosexual	X	Preescolar		Básica adultos		Técnico/Tecnológico	Afrocolombiano		Raizal del Archip de San Andrés, Prov. y Santa Catalina		Desplazado		Damnificado desastre natural		Población migrante	
Homosexual		Básica		Sec. adultos		Prof. Universitario	Comunidad Negra		Room/gitano		Victima del conflicto armado (no desplazado)		Cabeza de familia		Población zonas roteras (nacionales)	
Bisexual		Secundaria	X	Media adultos		Postgrado/maestría	Indígena		No se auto reconoce en ninguno de los anteriores		Desmovilizado o reinsertado		Hijo (a) de madre cabeza de familia		Ejercicio de trabajo sexual	
No disponible.		Media		1ª. Infancia		Ninguno	Palenquero			X	Hija (o) desmovilizado o reinsertado		En condición de discapacidad		No aplica	X

Cargo: OPERADOR DE DUMPER	Profesión: OPERADOR DE DUMPER			Correo Electrónico: MATIUS_MARYU@HOTMAIL.COM	
Dirección residencia del trabajador: MZ 29 CS #34	Barrio: NUEVA COLOMBIA 2	Ciudad: VILLAVICENCIO	Rural	Urbano X	País: COLOMBIA / Teléfono Fijo: 3456677 / Celular: 3114236084
Dirección donde labora: VRD PUENTE ARIMENA PUERTO GAITAN META	Barrio: PUENTE ARIMENA	Ciudad: PUERTO GAITAN	Rural X	rbano	País: COLOMBIA
Empleador donde recibía cuota monetaria anteriormente:	NIT:				Fecha de Retiro: Año / Mes / Día

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	Fecha de Ingreso			CAJA POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA
		Año	Mes	Día	

DATOS DEL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: CAICEDO	Segundo Apellido o de Casada: CONTRERAS	Nombres: MARYURY	C. X C. T. PAS PE	Fecha de Expedición		
				Año	Mes	Día
			No: 1024506342	2008	7	22

Dirección: MZ 29 CS # 34	Barrio: NUEVA COLOMBIA 2	Ciudad: VILLAVICENCIO	Rural	Urbano X	Correo Electrónico: MATIUS_MARYU@HOTMAIL.COM	Teléfono Fijo: / Celular: 3114236084

Fecha de Nacimiento			Nombre del empleador donde trabaja:	Profesión: AMA DE CASA	Salario Básico Mensual: $	Recibe Cuota Monetaria	
Año	Mes	Día				Si	No
1990	7	20					X

DATOS DE PADRES, HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS HUÉRFANOS (SOLO REGISTRE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA CUOTA MONETARIA)

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO			TIPO DOC. IDENT.	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN			SEXO		PARENTESCO	DISCAPACIDAD		MUNICIPIO DE RESIDENCIA	RURAL	URBANO
	Año	Mes	Día			Año	Mes	Día	H	M		SI	NO			
CUARTAS CAICEDO JULIANA	2018	1	31	RC	1122535317	2018	2	5		X	HIIJA		NO	VILLACICENCIO		X

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que contiene una verdadera y completa relación de hijos, cónyuge o compañera (o) permanente, padres y hermanos.
PROTECCIÓN DE DATOS LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COFREM, NIT 892.000.146-3, con domicilio en la ciudad de Villavicencio, Departamento del Meta, responsable del tratamiento de los datos personales, informa a los trabajadores (aportantes y afiliados), beneficiarios, padres de familia, estudiantes, proveedores y especialmente a sus usuarios de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, que la información que contiene sus datos personales susceptibles de tratamiento se encuentran relacionadas con el desarrollo de las actividades de todos los servicios, programas y dependencias de la Caja de Compensación y operador de información, así como para el desarrollo de la base de datos histórica contentiva del registro de los trabajadores que han sido beneficiarios de los programas desarrollados; y que por tanto se informa de manera previa que sus datos personales tendrán como finalidad:

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas con las funciones propias de la Caja de Compensación.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencia y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de aliados a nivel regional o nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros Departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos, la cual puede consultar en www.cofrem.com.co. De igual forma, los titulares podrán ejercer sus derechos a autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Por tanto, autorizo a Cofrem el tratamiento de mis datos personales y envío de información de los servicios a través de los medios arriba relacionados: SI [X] NO [ ]

FIRMA DEL TRABAJADOR — FIRMA DE TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR — FIRMA DEL EMPLEADOR

VIGILADO SuperSubsidio

Formulario Recibido Por:	Dependencia:	Cargo:	Ciudad:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10050760**

CUARTAS POSADA
APELLIDOS

RUBIO DE JESUS
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-1983**

LA VIRGINIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA
A- G.S. RH
M SEXO

21-SEP-2001 LA VIRGINIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2404600-54098101-M-0010050760-20020127 **03469**02026B 01 118245385

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 050011805001
Nit: 830029102-0
Dirección: Calle 8b #65-191
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 778014	**Fecha Impresión** 2021-12-08	**Empresa Contratante**	CONSORCIO SD VICHADA
Nombre	RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA	**Empresa a Laborar**	
Cargo	OPERADOR DE DUMPER	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	10050760	**Sede**	MEDELLIN
Fecha Ingreso	2021-12-02 09:32:12	**Fecha Salida**	2021-12-02 13:09:00



Examenes Complementarios

Paraclinicos

- EMO Pre Ingreso
- Optometria
- Audiometria
- Alturas
- Psicosensométrico
- Psicoténica Conductor
- Psicotécnica Alturas

Laboratorio Clínico

- Cuadro Hemático III
- Glicemia
- Perfil Lipidico

Vacunas

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

SEGURIDAD VIAL	CUMPLE	CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS DE LA RESOLUCION 1565 DE 2014
ALTURAS	APTO	
OSTEOMUSCULAR	REALIZADO	SIN ALTERACIONES

Recomendaciones Generales

- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **RESPIRATORIA:** Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

-ADHERIR INTEGRALMENTE A MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA Y EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL CON OCASION DE LA EMERGENCIA SANITARIA, NO REFIERE CONDICION O FACTOR DE RIESGO SEGUN CIRCULAR 0030 DE MAYO DE 2020 (MINSALUD). -IMPLEMENTAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES: DIETA BALANCEADA, BAJA EN GRASAS SATURADAS, CARBOHIDRATOS Y AZUCARES SIMPLES. REALIZAR DEPORTE O EJERCICIO AL MENOS POR 150 MIN/SEMANA. MANTENER UNA ADECAUDA HIGIENE DEL SUEÑO. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL. APEGARSE AL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS DEL SITIO DE TRABAJO.

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

8-Dic/21

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: ANA MARIA ARANGO RAMIREZ
CC: 1128276504
Registro médico: 54952
Licencia N°: 2018060365981 29/10/2018

Firma del trabajador: RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA
CC: 10050760

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA

Con Cedula de Ciudadania No. 10.050.760

Cursó y aprobó la acción de Formación

REPLANTEO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Puerto Gaitán, a los veintidos (22) días del mes de agosto de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
Subdirector
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

23149548 - 22/08/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95320081660DSCC10030760C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA

Con Cédula de Ciudadanía No. 10.050.760

Cursó y aprobó la acción de Formación

EMPRENDIMIENTO INNOVADOR

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio, a los cuatro (4) días del mes de diciembre de dos mil diez (2010)

Firmado Digitalmente por
EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
SUBDIRECTOR
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

3033863 - 04/12/2010
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953200143292CC10050760C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA

Con Cédula de Ciudadanía No. 10.050.760

Cursó y aprobó la acción de Formación

PROFUNDIZACION EN TRAMITES LEGALES Y CREACION DE EMPRESAS

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio, a los cuatro (4) días del mes de diciembre de dos mil diez (2010)

Firmado Digitalmente por
EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
SUBDIRECTOR
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

3171010 - 04/12/2010
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953200146328CC10050760C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA

Con Cédula de Ciudadanía No. 10.050.760

Cursó y aprobó la acción de Formación

PROFUNDIZACION EN FINANZAS

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio, a los cuatro (4) días del mes de diciembre de dos mil diez (2010)

Firmado Digitalmente por
EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
SUBDIRECTOR
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

3171535 - 04/12/2010
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953200146329CC10050760C

Inandina

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
inandina S.A.S. NIT 900.410.519-4
Res: 1400 y 2137 S.E.M – Registro DANE 350001007026

EL SUSCRITO RECTOR DE LA INSTIUTUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO INANDINA

CERTIFICA:

Que el señor: **RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA**, identificado con CC.Nº10.050.760 Expedida en La Virginia Risaralda, curso en nuestra Institución 300 horas del programa **GESTION EMPRESARIAL** Durante el segundo semestre del año 2010 en el horario nocturno lunes, miércoles y viernes.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

150 horas de servicio de atención al cliente
150 Mercadeo y Ventas

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de octubre de 2011 en Villavicencio Meta.

Cordialmente,

OSCAR BEJARANO HERRERA
CC.17.347.563 de Villavicencio
Rector

Calle 26 No.36-49 Barrio San Benito
Contiguo a la Iglesia de San Benito
Tel-Fax: (57) 8 6719290, Móvil: 312-4322479 – 321-2015628
Villavicencio, Meta. Colombia
www.inandina.edu.co - servicioalcliente@inandina.edu.co

Llanocar

CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMOVILISTICO

NIT: 00000051829606-8

RESOLUCION 0344 DEL 22 DE MARZO DE 2011 EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO COMO INSTITUCION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO, RESOLUCION DE HABILITACION 095374 DEL 02 DE DICIEMBRE DE 2011 EMANADA DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE.

Hace Constar Que:

RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA

Cedula de ciudadania 10050760 La Virginia

Participo en la Capacitación de

MECANICA BASICA

Dictado el 28/03/2017
Con una intensidad horaria de 10 HORAS

Emilia Margarita Rojas Paez
DIRECTORA

ICC
Instituto Colombiano de Certificación

Llanocar

CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMOVILISTICO

NIT: 00000051829606-8

RESOLUCION 0344 DEL 22 DE MARZO DE 2011 EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO COMO INSTITUCION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO, RESOLUCION DE HABILITACION 095374 DEL 02 DE DICIEMBRE DE 2011 EMANADA DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE.

Hace Constar Que:

RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA

Cedula de ciudadania 10050760 La Virginia

Participo en la Capacitación de

MANEJO DEFENSIVO

Dictado el 07/03/2017
Con una intensidad horaria de 10 HORAS

Emilia Margarita Rojas Paez
DIRECTORA

ICC
Instituto Colombiano de Certificación

Llanocar
CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMOVILISTICO

NIT: 00000051829606-8

RESOLUCION 0344 DEL 22 DE MARZO DE 2011 EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO COMO INSTITUCION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO, RESOLUCION DE HABILITACION 095374 DEL 02 DE DICIEMBRE DE 2011 EMANADA DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE.

Hace Constar Que:

RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA

Cedula de ciudadania 10050760 La Virginia

Participo en la Capacitación de

PRIMEROS AUXILIOS

Dictado el 15/03/2017
Con una intensidad horaria de 10 HORAS

Emilia Margarita Rojas Paez
DIRECTORA

ICC
Instituto Colombiano de Certificación

Llanocar

ESCUELA DE ENSEÑANZA AUTOMOVILISTICO

RESOLUCION 0344 DE MARZO DE 2011 EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO COMO INSTITUCIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO, RESOLUCIÓN DE HABILITACIÓN 095374 DEL 02 DE DICIEMBRE DE 2011 EMANADA DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE

Hace Constar Que

RUBIO DE JESUS CUARTA POSADA

CON CC 10.050.760 DE LA VIRGINIA

Participo en la Capacitacion de

AQ CERTIFICATION

MANEJO DEFENSIVO

REALIZADO EL 20 DE AGOSTO DEL 2020
VENCE EL 20 DE AGOSTO DEL 2021

Emilia Margarita Rojas Paez
DIRECTORA

SURTIPARTES LATINA LTDA.

CERTIFICACIÓN LABORAL

El suscrito Representante legal de la compañía SURTIPARTES LATINA LTDA con NIT. 830.022.338 – 1. con la presente certifica que el SR. RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA identificado con C.C. 1.0.050.760 de La Virginia Risaralda. laboro en nuestra compañía del 20 de Febrero de 2016 al 29 de Abril de 2016. mediante contrato individual de trabajo por la duración de una obra o labor determinada en el cargo de conductor de Dumper (A25 Articulada).

Para constancia se expide el a los (12) Doce del mes de Mayo de 2016 en la Ciudad de Bogotá D.C.

Atentamente.

DIEGO FERNANDO CORREA QUINTERO
Representante Legal

GRAVICON S. A.
NIT. 830.049.948-1

CERTIFICACION

Por medio de la presente nos permitimos certificar que el señor RUBIO DE JESUS CUARTAS POSADA identificado con la cédula de ciudadanía Nº. 10.050.760, trabajó en esta empresa desde el 01 de junio de 2016 al 22 de marzo de 2017.

La presente se expide a solicitud del interesado, a los 24 días del mes de marzo de 2017, en la ciudad de Villavicencio.

Atentamente,

HUGO ANDRES BAQUERO MEDINA
Gerente
GRAVICON S. A.

MONTAJES I.M. S.A.

NIT. 844 000 670 - 7

CERTIFICADO LABORAL

De conformidad con la obligación 7a. Del Artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo

HACE CONSTAR:

Que el(la) Señor(a) CUARTAS POSADA RUBIO DE JESUS identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. 10050760 de LA VIRGINIA, laboró para esta Compañía, con un contrato por Obra o Labor Determinada, en el cargo de OBRERO. En la ejecución del contrato para la Empresa Pacific Rubiales Energy.

Periodo laborado desde el 13 de Septiembre de 2014 hasta el 6 de Octubre de 2014.

Certificación expedida a solicitud del interesado el 6 de Octubre de 2014.

Atentamente,

TRACY [illegible]
ADMINISTRADOR CAMPO [illegible]
MONTAJES I.M.S.A.

LAVA AUTOS Y LUBRICANTES EL FORASTERO
WILFREDY ACOSTA LOPEZ
NIT: 7760265-0

Villavicencio, Enero 15 del 2015

CERTIFICA

Por medio de la presente certifico que el señor, **RUBIO DE JESUS CUARTAS,** Cedula de ciudadania **Nº 10.050.760** de la Virginia Risaralda, **LABORO** en esta empresa desde, el 20 de marzo de 2013, hasta el 20 de agosto del 2014 desempeñando el cargo como **CONDUCTOR,**
Demostrando seriedad y compromiso en las labores asignadas y con nuestra compañia.

La presente Se expide a solicitud del interesado en Villavicencio a los 15 días del mes de enero de 2015.

Cordialmente,

LAVAUTOS LUBRI
EL FORASTERO

WILFREDY ACOSTA LOPEZ
C.C. 7.760.265 de Santa Rosalia.
GERENTE

GAYCO S.A
INGENIEROS CONSTRUCTORES

A QUIEN LE INTERESE

Certifico que el señor RUBIO DE JESUS CUARTAS, identificado con la cedula No 10.050.760 de la Virginia Risaralda, se ha desempeñado con caracteristicas excepcionales de seriedad, honestidad y cumplimiento en su TRABAJO, LABORO POR DOS AÑOS (2) INICIA DESDE 20 SEPTIEMBRE 2007 HASTA 15 DICIEMBRE DE 2009, como operador de Dumper articulado fuera de carretera volvo a – 20 y en sus relaciones interpersonales ha demostrado ser una persona en la cual se puede depositar un alto nivel de confianza y seriedad.

La Presente se expide a solicitud del interesado a los cinco dias del mes de enero de dos mil diez (2010) en la ciudad de Chichina (Caldas)

Atentamente.

MILTON ERICENO LEGUIZAMON
ING. MECANICO
TARJ. PROFESIONAL 17814

NIT. 860.077.014-4

LA DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS DE CONCAY
NIT: 860.077.014-4

C E R T I F I C A

Que el(a) señor(a) **CUARTAS POSADA RUBIO DE JESUS** quien se identifica con cédula de ciudadania No. **10.050.760** labora para la empresa con Contrato de Trabajo a Término **OBRA O LABOR** desde el **21 de agosto de 2020** a la fecha, desempeñando el cargo de **OPERADOR DUMPER**, con una asignación básica mensual de **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE. ($1.200.000.oo)**, más un auxilio de alimentación mensual NO salarial de ($200.000.oo)

La presente certificación se expide a solicitud de la persona interesada en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de mayo de 2021.

Cordialmente,

ADRIANA BEATRIZ MORENO VANEGAS
Directora de Recursos Humanos

Copia: Hoja de vida

Elaboro: DVG
Revisó: ABMV
Autorizó: ABMV

Colmena Seguros

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672	
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA	
IDENTIFICACION:	NI 901529301	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80486508	2022-1-22	CC 1088589878
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
CUASTUMAL PASPUR	NIXON AFRANIO	1987-12-19
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CRA 86 51 66 OF 204	SAN FRANCISCO	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA D.C. - Bogota D. C.	nixoncuastumal28@gmail.com	3567777
Celular	**Sexo**	
3208775604	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
OPERADOR DE BULLDOZER MENOR TON	$1,390,000.00	Nueva EPS
AFP	**Centro de Trabajo**	
Colpensiones	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-22	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/01/2022, el empleador CONSORCIO SD VICHADA identificado con NIT número 901529301 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4048000	24/01/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1088589878	NIXONAFRANIO CUASTUMAL PASPUR	1390000	OPERADOR DE BULLDOZER	2022-01-22

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Enero del año 2022.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	1088589878
NOMBRES	NIXON AFRANIO
APELLIDOS	CUASTUMAL PASPUR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NARINO
MUNICIPIO	SAN PABLO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/21/2022 15:18:12	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

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1088589878,** no está registrado/a en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de enero de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.088.589.878
NUMERO

CUASTUMAL PASPUR
APELLIDOS

NIXON AFRANIO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

19-DIC-1987
FECHA DE NACIMIENTO

GUACHUCAL
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-DIC-2005 CUMBAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REGIFO LOPEZ

P-2303700-53145882-M-1088589878-20060215 01368 06041A 02 176390196

ASOCIACION DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
ASSOC S.A.S.

Transversal 9 No. 28A 50 Barrio Maldonado. Tunja, Boyacá - Colombia
Tel: 7442001 - 7448510 Cel: 317 6386099
Email: assoc.colombiaocupacional@gmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: NIXON AFRANIO CUASTUMAL PASPUR
Identificación: CC 1088589878
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1987-12-19 Edad: 34 A
Dirección SAN FRNACISCO
Teléfono: 3208775604
Empresa: CONSORCIO SD VICHADA
Empresa en misión: GRUPO EMPRESARIAL LHS
Actividad económica:
IPS que contrata el servicio: SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00155294 Fecha apertura: 20220117 07:24:23
Fecha cierre: 20220118 08:27:16
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: OPERADOR DE BULDOZER

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR),EVALUACION PSICOSENSOMETRICA ,HEMOGRAMA TIPO IV,GLICEMIA,AUDIOMETRIA VIA AEREA,EVALUACION PSICOLOGICA (Test),PRUEBA DE VERTIGO Y EQUILIBRIO,EXAMEN OPTOMETRICO,PERFIL LIPIDICO

RECOMENDACIONES LABORALES

SEGUIR RECOMENDACIONES Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID 19, DADOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y LOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA
Higiene postural
Manejo adecuado de cargas
Pausa activas reposo visual.
Pausas activas
Uso de Elementos de Proteccion
Personal y para riesgo biológico actual
Bajar de peso

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en carbohidratos Y grasas.
Ejercicio fisico 30 minutos de intesidad moderada diarios.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Control según PVE.
EPA según PVE.
Reposo auditivo extralaboral.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

control cada año.

RESTRICCIONES LABORALES

18-01-22

CONCEPTO DE APTITUD: Apto para desempeñar labor

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: CUMPLE CON RESOLUCION 15/65 -APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

Emilce Cardenal.

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: EMILCE CARDENAL PIRAZAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RL
Licencia S.O.: 0893 Registro No.: 807

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1088589878

NIXON AFRANIO CUASTUMAL PASPUR

FRANCISCO ARRIETA BRACAMONTE

ENTRENADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
RESOLUCION SENA 000610 DE 2015 Reg. 4213

HACE CONSTAR QUE:

NIXON AFRANIO CUASTUMAL PASPUR

Identificado con cc N° 1.088.589.878

Curso y aprobó la acción de formación:

AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Con una intensidad de cuarenta (40) horas.

Francisco Arrieta

Entrenador Autorizado
Lic. S.O. 1140 de 2011

Dado en Montelíbano a los 25 días del mes de Febrero de 2018.

Verificar autenticidad de este certificado: facilitadoreshse@gmail.com o al celular: 321-7109870/ 313-6287553

NIXON AFRANIO CUASTUMAL PASPUR

La coordinación de talento humano de la empresa
CONSORCIO SS

CERTIFICA QUE:

El señor **CUASTUMAL PASPUR NIXON AFRANIO**, identificado con la cédula de ciudadanía No 1.088.589.878, laboro en esta compañía, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE MAQUINARIA**, desde 10 de enero de 2007 hasta el 23 de julio de 2008.

Se expide a solicitud de interesado a los veintitrés (23) días del mes de junio de 2008 en Yolombo, Antioquia.

Cordialmente,

DIANA ISABEL MONTALEGRE CAMPO
Analista de Nomina

Anexo N/A
Copia: Archivo
Dim. /DIM

NIXON AFRANIO CUASTUMAL PASPUR

CSS CONSTRUCTORES S.A.
Nit. N° 832.006.599-5

974-37 HOJA 1 DE 1

Tunja, Junio 13 de 2011

CSS CONSTRUCTORES S.A.
NIT 832.006.599.5

CERTIFICA

Que el señor: **CUASTUMAL PASPUR NIXON AFRANIO,** identificado con cédula de ciudadanía **No. 1.088.589.878,** labora para esta empresa, en la Concesión Briceño Tunja Sogamoso, Para el frente Tunja, desde el día 04 de Septiembre del 2008, actualmente desempeña el cargo de Operador de Minicargadora, recibiendo un salario mensual de ochocientos cincuenta y cuatro mil quinientos pesos m/cte ($854.500) más horas extras, dominicales y festivos con un contrato verbal establecido a término Indefinido.

Se expide esta constancia en Tunja, a los 13 días del mes de Junio del año en curso, a solicitud del interesado.

Atentamente,

CSS CONSTRUCTORES S.A.
NIT 832006599-5

PAOLA NATALIA MESIAS RUEDA
SUPERVISORA ADMINISTRATIVA
CONCESIÓN BRICEÑO TUNJA SOGAMOSO
FRENTE TUNJA

NAVNA

NIXON AFRANIO CUASTUMAL PASPUR

CSS CONSTRUCTORES S.A.
Nit. N° 832.006.599-5

974-37 HOJA 1 DE 1

Tunja Octubre 18 de 2009

CSS CONSTRUCTORES S.A.
NIT 832.006.599.5

CERTIFICA

Que el señor; **CUASTUMAL PASPUR NIXON AFRANIO**, identificado con cédula de ciudadanía **No. 1.088.589.878**, labora para esta empresa, en la Concesión Briceño Tunja Sogamoso. Para el frente Tunja, desde el día 04 de Septiembre del 2008, actualmente desempeña el cargo de Operador de Compactador, recibiendo un salario mensual de setecientos cincuenta y cuatro mil quinientos pesos m/cte ($754.500) más horas extras, dominicales y festivos con un contrato verbal establecido a término Indefinido.

Se expide esta constancia en Tunja, a los 18 días del mes de Octubre del año en curso, a solicitud del interesado.

Atentamente,

CSS CONSTRUCTORES S.A.
NIT 832006599-5

PAOLA NATALIA MESIAS RUEDA
SUPERVISORA ADMINISTRATIVA
CONCESIÓN BRICEÑO TUNJA SOGAMOSO
FRENTE TUNJA

NAVA

NIXON AFRANIO CUASTUMAL PASPUR

CSS CONSTRUCTORES S.A.

Nobsa 06 de Mayo del 2013.

CSS CONSTRUCTORES S.A.
NIT. 832.006.599-5

CERTIFICA

Que el señor **Nixon Afranio Cuastumal Paspur**, identificado con cedula de ciudadanía No 1.088.589.978, laboro para esta empresa, en la Concesión Briceño Tunja Sogamoso, específicamente para el frente de Tunja, desde el día 04 de septiembre de 2008 hasta el 05 de mayo de 2013, desempeñando el cargo de Operador de equipo pesado. Con un contrato verbal establecido a término indefinido.

Se expide esta constancia el día 06 de mayo de 2013, a solicitud del interesado.

Cordialmente,

NELSON BRAVO
Coordinador Técnico de Obra
Concesión Briceno Tunja Sogamoso
Frente Tunja-Duitama

Finca el Rincón Vereda centro Nobsa Boyacá
Tel. 7772232, 3175441010
E-Mail dptamotras@gmail.com

NIXON AFRANIO CUASTUMAL PASPUR

Consorcio Obras QUIMBO

CERTIFICACION

CONSORCIO OBRAS QUIMBO, se permite **CERTIFICAR** que **NIXON AFRANIO CUASTUMAL PASPUR,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadania número **No. 1.088.589.878** expedida en Cumbal (Nariño), labora en nuestra compañia desde el pasado 10 de Febrero de 2014, desempeñándose en el cargo de **OPERADOR EQUIPO PESADO,** con un salario básico de **$ 1.470.000=** m/cte y un auxilio de localización de **$ 676.000=** m/cte. no prestacional.

La presente se expide en la Ciudad de Bogotá, a los 9 (nueve) dias del mes de Junio de 2014.

Atentamente,

FLAVIO CHAPARRO FIGUEREDO
Director de Gestión Humana
PBX: (071)5954010 Ext. 129

NIXON AFRANIO CUASTUMAL PAS

SONACOL SAS

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA

SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES SAS
NIT 830.129.289-8

CERTIFICA QUE:

El señor **CUASTUMAL PASPUR NIXON AFRANIO,** identificado con **CC 1.088.589.878,** laboró en esta compañía desde el 19 de mayo de 2015 hasta el 06 de diciembre de 2016, desempeñando el cargo de **OPERADOR DE BULLDOZER > 18 TON.** , con un contrato **A TERMINO DE OBRA O LABOR CONTRATADA.**

Devengando un salario fijo mensual de **UN MILLON DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE. ($ 1.284.000).**

Se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de enero de 2017.

Atentamente,

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE VIVEROS
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

Realizó YESICA LORENA CASTRO
Revisó MONICA LILIANA JIMENEZ
Aprobó MONICA LILIANA JIMENEZ

SONACOL S.A.S.

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA
SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 830.129.289-8

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) **NIXON AFRANIO CUASTUMAL PASPUR** identificado(a) con cedula No. **1,088,589,878** labora en esta empresa desde el **15 de Febrero de 2018**, como **OPERADOR DE BULLDOZER > 18TN** con un contrato **Labor contratada** devengando un salario mensual de **UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE $1,384,320.00**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el **16 de Abril de 2020**

Atentamente

PBX: 345 6777
Bogotá D.C. Colombia
SONACOL S.A.S NIT.830.129.289-8

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE VIVEROS
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

SONACOL S.A.S.

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA

SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES SAS

NIT: 830.129.289-8

CERTIFICA QUE

El(la) *señor(a)* **NIXON AFRANIO CUASTUMAL PASPUR** *identificado(a) con cedula No.* **1,088,589,878** laboró en esta empresa desde el **1 de Febrero de 2021** hasta el **13 de Diciembre de 2021** como **OPERADOR DE BULLDOZER > 18TN** con un contrato **Labor contratada** devengando un salario mensual de **UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE $1,480,000.00**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los **14 de Enero de 2022**

Atentamente

PBX: 345 6777
Bogotá D.C. Colombia
SONACOL S.A.S. NIT.830.129.289-8

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE VIVEROS
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

Colmena Seguros

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA
IDENTIFICACION:	NI 901529301

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80602441	2022-1-27	CC 78590847
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
GONZALEZ ACOSTA	JOSE ABEL	1984-12-2
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
VEREDA SERNA	BARRIO SAN JOSE	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
PUERTO LIBERTADOR - Córdoba	joaga_23@hotmail.com	3456777
Celular	**Sexo**	
3122715104	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
INSPECTOR DE OBRA	$2,800,000.00	Nueva EPS
AFP	**Centro de Trabajo**	
Colpensiones	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-27	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/01/2022, el empleador CONSORCIO SD VICHADA identificado con NIT número 901529301 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4063994	26/01/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	78590847	JOSEABEL GONZALEZ ACOSTA	2800000	INSPECTOR DE OBRAS	2022-01-27

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Enero del año 2022.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	78590847
NOMBRES	JOSE ABEL
APELLIDOS	GONZALEZ ACOSTA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAQUETA
MUNICIPIO	EL DONCELLO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/04/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/26/2022 13:43:47	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
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE ABEL GONZALEZ ACOSTA identificado(a) con C.C No. 78.590.847, 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 27 de enero del 2022.

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 78.590.847

GONZALEZ ACOSTA
APELLIDOS

JOSE ABEL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1984
PUERTO LIBERTADOR
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

17-MAR-2003 PUERTO LIBERTADOR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1303200-38143855-M-0078590847-20060202 00069 06033A 02 187899445



CLIPSALUD IPS S.A.S
Nit: 900304743-4
4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Jose Abel Gonzalez Acosta	78590847	5861
Empresa:	SONACOL SAS	**Fecha Nacimiento:**	2/12/1984
Direccion:	CLL 10 8 14 SAN JOSE		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
40008	Masculino	37	Años	Union Libre	10 - 11 (Media Tecnica)	FLORENCIA	24/01/2022 08:33:06

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	NUEVA EPS	A.R.L.:	REFIERE NO TENER	Cargo:	INSPECTOR DE OBRA
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE IV		Estrato:	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	* APTO *
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria
Valoracion por:	E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, CUADRO HEMATICO, ENFASIS EN ALTURAS, PRUEBA PSICOLOGICA PARA TRABAJO EN ALTURAS, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo.. Idoneo para Trabajo en Alturas.

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Higiene de postura; Pausas activas cada 2 horas 5 minutos para relajamiento muscular. Uso EPP.
Medidas de bioseguridad para trabajadores: Para la prevención del contagio del COVID-19 es necesario conocer la organización de la empresa, el proceso productivo, las tareas, procedimientos, equipos de trabajo, tiempo de exposición (jornadas o turnos de trabajo), característica del trabajador (estado de salud, edad, sexo) Estas información permite evidenciar las características proclives a la exposición al contagio en los lugares de trabajo.
Medida generales; Lavados de manos: Todos trabajadores tanto en el trabajo remoto, centros de operación o en actividades externas, deben realizar protocolo lavados de manos con una prioridad mínima de 3 horas en donde contacto con el jabón debe durar mínimo de 20-30 segundo, toallas desechables. Disponer de alcohol glicerado en lugar acceso fácil. Distanciamiento social: Los trabajadores deben permanecer al menos 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo.
Uso de tapa Boca: Estos elementos que cubren de manera oclusiva la nariz y boca y las personas reducen la posibilidad de contacto con secreción nasal o saliva de otras personas.

25-01-22

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Médico 18822
Especialista Salud ocupacional Reg. 0326

24/01/2022 18:10:20
Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

La Dirección de Talento Humano de la empresa

GRUPO LHS

CERTIFICA QUE:

El Señor **JOSE ABEL GONZALEZ ACOSTA**, identificado con cédula **78.590.847**, labora en esta empresa, con un tipo de contrato de Duración de Obra o Labor, devengando un salario de Dos Millones Doscientos Mil pesos M/CTE ($2.200.000) más Auxilio de Casino, para el proyecto que a continuación se describe.

ENTIDAD CONTRATANTE	OBJETO DEL CONTRATO	PERIODO	DEDICACIÓN
CONSTRUCTORA LHS S.A.	Contrato Nro. 575 de 2012-Mejoramiento, Gestión Social, Predial y Ambiental del Proyecto Corredor Marginal de la Selva - Fase 2 - para el Programa Corredores Prosperos para la Prosperidad	29 DE AGOSTO 2013 HASTA LA FECHA	100% INSPECTOR DE OBRA
SONACOL S.A.S.	CONTRATO Nr. 551 de 2009 ESTUDIOS Y DISEÑOS GESTION SOCIAL PREDIAL AMBIENTAL Y MEJORAMIENTO DEL PROYECTO TRANSVERSAL MEDELLIN- QUIBDO Y TRANSVERSAL CENTRAL DEL PACIFICO	01 DE DICIEMBRE DE 2009 HASTA 08 DE AGOSTO 2013	100% INSPECTOR DE OBRA

Se expide en Caqueta, a solicitud del interesado a los Ocho (08) días del mes de Octubre de 2014.

Cordialmente,

Darly Janeth Cardozo Moreno.
Supervisor de Talento Humano

Anexo: N/A
Copia: Archivo
Arm/DCM

CRA 58 # 21-56 D.C. 294 L OF V4BC * Tel: 743-6777 * Bogotá D.C.
www.sonacol.com * E-mail: grupolhs@grupolhs.com

CONSTRUCTORA LHS S.A.S.

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA

CONSTRUCTORA LHS

NIT: 900.042.741-4

CERTIFICA QUE

El señor **JOSE ABEL GONZALEZ ACOSTA** identificado con cedula No. **78,590,847** laboro en esta empresa desde el **22 de Octubre del 2007** hasta el **17 de febrero del 2009** como **CADENERO** y del **09 de Agosto de 2013** hasta el **30 de Marzo de 2016** como **INSPECTOR DE OBRA** con un contrato por **Obra o Labor contratada**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el 6 de Noviembre de 2018

Atentamente

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE VIVEROS
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

SONACOL S.A.S.

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA
SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 830.129.289-8

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) JOSE ABEL GONZALEZ ACOSTA identificado(a) con cedula No 78,590,847 labora en esta empresa desde el 23 de Agosto de 2017 hasta la fecha como INSPECTOR DE OBRA con un contrato Labor contratada devengando un salario mensual de DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE $2,608,500.00

La presente certificacion se expide a solicitud del interesado el 8 de Noviembre de 2018

Atentamente

PBX: 345 6777
Bogotá D.C. Colombia
NIT 830.129.289-8

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE VIVEROS
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

SONACOL S.A.S.

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA

SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES SAS

NIT: 830.129.289-8

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) JOSE ABEL GONZALEZ ACOSTA identificado(a) con cedula No 78,590,847 laboró en esta empresa desde el 13 de Abril de 2016 hasta el diecinueve (19) de Agosto de dos mil diecisiete (2017) como INSPECTOR DE OBRA con un contrato Labor contratada devengando un salario mensual de DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO CUARENTA PESOS M/CTE $2,463,140.00

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el 6 de Noviembre de 2018

Atentamente

PBX: 345 6777
Bogotá D.C. Colombia
SONACOL S.A.S. NIT.830.129.289-8

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE VIVEROS
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

SONACOL S.A.S.

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA

SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES SAS

NIT: 830.129.289-8

CERTIFICA QUE

Colmena Seguros

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA
IDENTIFICACION:	NI 901529301

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80486521	2022-1-22	CC 1192892545
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
LANDAZURY ARBOLEDA	JAMES FERNEY	1995-3-27
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
LA CORDIALIDAD	RUEDA LA CORDIALIDAD	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BARBACOAS - Nariño	landazuryfernery788@hotmail.com	3567777
Celular	**Sexo**	
3145903628	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
OPERADOR DE VIBROCOMPACTADOR	$1,200,000.00	EMSANAR EPS
AFP	**Centro de Trabajo**	
Fondo Pensiones Cesantías SA COLFONDOS	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-22	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

Emfamar EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No. 15233 del 10 de Octubre 24 de 2016
Nit. 901 021 565-8

DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas) Diligencie antes de digitar

A. AFILIACIÓN

Apellidos y nombres: Londazury | Arboleda | James | Ferney

Tipo de documento de identidad: CC | No. de documento de identidad: 1192892545 | Sexo: Femenino / Masculino X | Fecha de nacimiento: 27 03 1998

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

Colmena | Colfondos | 1200000

Residencia: Rocka la ocatalidad | Teléfono fijo: | 3145903305 | Londazuryarboleda1998@hotmail.com

Barbacoas | Nariño

RADICADO
Asesor
Código
Fecha 21 ENE 2022

Consorcio SD Nichada | NIT | 901529307

Calle 86 5-66 | Bogotá DC | Bogotá DC

8. REPORTE DE NOVEDADES

47. Fecha: 22/01/2021

FERNEY LANDAZURI

Total

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	1192892545
NOMBRES	JAMES FERNEY
APELLIDOS	LANDAZURY ARBOLEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NARINO
MUNICIPIO	BARBACOAS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S. -CM	CONTRIBUTIVO	01/04/1998	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/21/2022 14:52:25	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

la-proteccion-de-datos-de-los-colombianos.aspx)

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

Fecha de Corte: 2022-01-07

INFORMACIÓN BASICA

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1192892545	JAMES	FERNEY	LANDAZURY	ARBOLEDA	M

Fecha de Corte: 2022-01-07

AFILIACIÓN A SALUD

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO - EMSSANAR E.S.S. -CM	Contributivo	05/07/2020	Activo	COTIZANTE	BARBACOAS

Fecha de Corte: 2022-01-07

AFILIACIÓN A PENSIONES

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2017-04-22	Inactivo

Fecha de Corte: 2022-01-07

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2022-01-07

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2021-11-30

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2018-02-14	VIGENTE	

Fecha de Corte: 2022-01-07

PENSIONADOS

No se han reportado pensiones para esta persona.

Fecha de Corte: 2021-11-30

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co (mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co)
Términos y Condiciones de uso. (/Documents/Ministerio/Terminos%20y%20Condiciones%20de%20uso%20del%20portal%20web_Octubre%202012x.pdf)
Ultima Actualización : viernes, 21 de enero de 2022

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del pais: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Versión 2.4

(http[illegible]sa) (/Paginas/Preguntas-frecuentes-en-RIPS2.aspx)

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JAMES FERNEY LANDAZURY ARBOLEDA identificado(a) con C.C. No. 1.192.892.545, 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 enero del 2022.

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

AM PM 24 S.A.S

NIT. 900813532-0

Dirección: CALLE 21B NO. 15-66 BARRIO JAVERIANO
Tel: 7377355 - 3042045021 - 3115440791

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de certificación: Pre ocupacional ☑ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Trabajo en alturas ☑ Medicina laboral ☐
Reubicación ☐ Control ☐ Otro ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **18/01/2022 11:09:00** Empresa **CONSORCIO SD VICHADA**



Nombre **JAMES FERNEY LANDAZURY ARBOLEDA** Identificación **CC 1192892545** Edad **26**

Hijo(s) **1** Lugar de residencia **BARBACOAS** Teléfono Estado civil **UNION LIBRE**

Grado de escolaridad **Básica Primaria** AFP **NINGUNO** ARL **OTRA** EPS **EMSSANAR**

Cargo **OPERADOR VIBROCOMPACTADOR: OPERADOR DE CILINDRO CO**

Ciudad del examen **PASTO** Empresa en misión

EXÁMENES

Osteomuscular	Realizado ☑		**P. psicosensométrica**	Realizado ☐	
Visiometría	Realizado ☐		**Cardiovascular**	Realizado ☐	
Audiometría	Realizado ☑		**Espirometría**	Realizado ☐	
Altura	Realizado ☑		**Optometría**	Realizado ☑	
Espacios confinados	Realizado ☐		**Psicología**	Realizado ☑	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

1 GLICEMIA: REALIZADO	2 PERFIL LIPIDICO: REALIZADO	3 CUADRO HEMATICO: REALIZADO
4	5	6
7	8	9

CONCEPTO

Cumple para el cargo de la empresa o contratista
Apto para trabajar en alturas

RECOMENDACIONES

Otro: NO

RESTRICCIONES

Otro: NO

OBSERVACIONES

DURANTE EL EXAMEN FISICO NO SE ENCONTRARON HALLAZGOS POSITIVOS QUE LE IMPIDAN DESEMPEÑAR EL CARGO, POR LO TANTO NO REQUIERE RESTRICCIONES, COMO RECOMENDACION PREVENTIVA DEBE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL PARA REALIZAR LAS TAREAS DE SU OCUPACIÓN. AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR DE COLUMNA: DURANTE EL EXAMEN REALIZADO EN REPOSO NO SE ENCONTRARON HALLAZGOS QUE LE RESTRINJAN REALIZAR ACTIVIDADES DE MANEJO DE CARGAS, ADOPTAR POSTURAS FORZADAS O MOVIMIENTOS REPETIDOS.
CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE TRABAJO SEGURO EN ALTURA, CUMPLIR LAS NORMAS DEL SGSST.
ACTUALMENTE SIN HALLAZGOS ASOCIADOS A SARS COV2, NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO



Captura Biométrica

18-01-22

CLAUDIA LUCIA CARDENAS CABEZAS
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL
CC: 37084641 RM: LIC S.O. 2390 - 2017

Trabajador: **JAMES FERNEY LANDAZURY**
CC: 1192892545
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

IPS AM PM 24 SAS

AM PM 24 S.A.S

NIT. 900813532-0

Dirección: CALLE 21B NO. 15-66 BARRIO JAVERIANO
Tel: 7377355 - 3042045021 - 3115440791

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020. CUENTA CON 1 DOSIS CONTRA SARS COV 2, APORTA CARNET DE VACUNACION.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐ Ninguno ☐

REMISIÓN SI ☐ NO ☑

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

CLAUDIA LUCIA CARDENAS CABEZAS
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL
CC: 37084641 RM: LIC S.O. 2390 - 2017

Trabajador: **JAMES FERNEY LANDAZURY**
CC: 1192892545
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

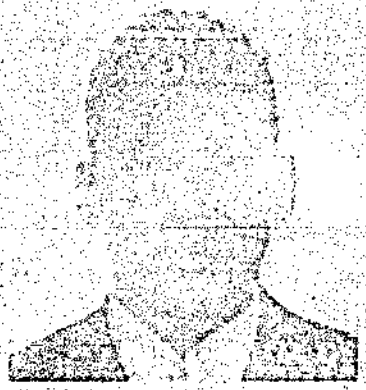
NUMERO **1.192.892.545**
LANDAZURY ARBOLEDA

APELLIDOS
JAMES FERNEY

NOMBRES

FERNEY Landazuri

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAR-1995**
BARBACOAS
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**O-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-ABR-2013 BARBACOAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2301600-00474078-M-1192892545-20130922 0035020104A 1 40125429

CONSORCIO VIAS JUNIN

SONACOL SAS

830129289-8

GRUPO EMPRESARIAL LHS

BRINDAN UN RECONOCIMIENTO A:

LANDAZURY ARBOLEDA JAMES FERNEY

C.C. 1.192.892.545

Por los resultados obtenidos en la evaluación de desempeño realizada el día doce (12) de Enero de 2018. Se felicita por lograr un promedio meritorio en su calificación y cabe destacar el esfuerzo y la dedicación que proyecta en su labor.

OMAR GENARO REALPE ROSERO
DIRECTOR DE OBRA
CONSORCIO VIAS JUNIN

CCS RUC

TECNIASOCOL

CERTIFICACIÓN

POR COMPETENCIAS LABORALES COMO OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA

OTORGADO A:

James Ferney Landazury Arboleda

Identificado con cédula de ciudadanía
N° 1.192.892.545

Certifica que el operador demostró sus aptitudes para movimientos de tierras y excavaciones **(EXCAVADORA SOBRE ORUGAS)** de acuerdo al manual del equipo y las normas de seguridad.
En el desarrollo de sus funciones demuestra profesionalismo, responsabilidad y eficiencia.
Seguridad y salud en el trabajo (ley 1562 /2012) MINISTERIO DE SALUD.

JAIME ESCOBAR TORRES
Evaluador y Certificador
REGISTRO SENA # 930300879774
C.C 16506821C

GUSTAVO HERNAN GONZALEZ HENAO
Dirección

Documento expedido en Dosquebradas/Risaralda TECNIASOCOL S.A.S.
Teléfonos: 321 584 10 07 - 320 785 42 30

Fecha de emisión: 7 Septiembre de 2020 Fecha de vencimiento: 17 de Septiembre 2021
La autenticidad de este documento puede ser consultada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://www.[illegible] a partir de la fecha de expedición y validez de 5 años.

144

Colmena Seguros

Colmena Formación Virtual

SEGURIDAD VIAL HACIA EL MANEJO DEFENSIVO

Colmena Seguros otorga el presente certificado a:

JAMES FERNEY LANDAZURY ARBOLEDA

Identificado con CC 1192892545

Se expide el presente certificado el 27 de agosto de 2021

Luz Stella Rodríguez Rincón

Vicepresidente de Prevención y Servicio de Riesgos Laborales
Colmena Seguros

SONACOL S.A.S.

CERTIFICACIÓN

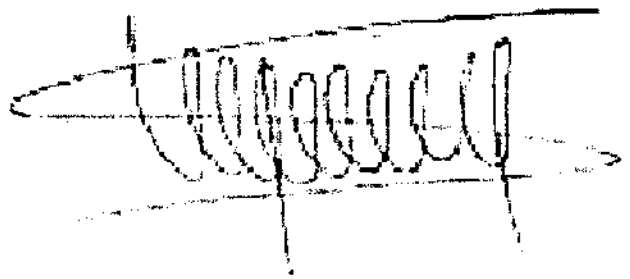
SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES S.A.S, se permite **CERTIFICAR** que el señor **JAMES FERNEY LANDAZURY ARBOLEDA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número No. **1,192,892,545** expedida en **BARBACOAS-NARIÑO**, laboró por intermedio nuestro como TRABAJADOR(A) EN MISIÓN ante la empresa usuaria **SONACOL S.A.S**, en la ciudad de RICAURTE, desde el 23/06/2021 hasta el 22/12/2021, mediante un contrato a término Labor contratada desde el 23/06/2021.

Que la terminación del contrato se dió por terminación de la obra o labor contratada; esto es, la terminación de la necesidad del servicio temporal por parte de la empresa usuaria.

Que el último cargo desempeñado fué el de **OPERADOR DE VIBROCOMPACTADOR DE LLANTAS** con un Sueldo basico mensual de **($1,200,000)** MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **QUIEN INTERESE** , con fecha 14 de enero de 2022.

Atentamente



SONACOL S.A.S.

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA
IDENTIFICACION:	NI 901529301

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80351229	2022-1-13	CC 1124833309
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
MONTENEGRO JIMENEZ	DAYRA LILIANA	1999-6-26
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
VEREDA PUENTE ARIMENA	META	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
PUERTO GAITAN - Meta	GRUPOLHS@GRUPOLHS.COM	4964215
Celular	**Sexo**	
3187753335	Femenino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
REGULADOR DE TRANSITO	$1,000,000.00	Nueva EPS
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-13	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2022 -01 -17 15:55:14, el empleador **CONSORCIO SD VICHADA** identificado con **NI** número **901529301**
registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
188750577550	2022 -01 -17 15:55:14	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1124833309	DAYRA LILIANA MONTENEGRO	1000000	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS VARIOS	2022 -01 -13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Enero del año 2022.

147

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	1124833309
NOMBRES	DAYRA LILIANA
APELLIDOS	MONTENEGRO JIMENEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/12/2022 14:12:50	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

Imagen de informes

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2022-01-07

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1124833309	DAYRA	LILIANA	MONTENEGRO	JIMENEZ	F

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2022-01-07

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A.	Subsidiado	01/01/2016	Activo	CABEZA DE FAMILIA	VILLAVICENCIO

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2022-01-07

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2022-01-07

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2022-01-07

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2021-11-30

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2022-01-07

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2021-11-30

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

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:

DAYRA LILIANA MONTENEGRO JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.833.306**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 12 de Enero del 2022.

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.

Nomen

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.124.833.309**

MONTENEGRO JIMENEZ
APELLIDOS

DAYRA LILIANA
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUN-1999**
PUERTO GAITAN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

29-JUN-2017 PUERTO GAITAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-5204300-00930670-F-1124833309-20170810 0056974800A 1 48442105

Grupo Preferencial Sanar I.P.S
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.385

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMITADA	CONSORCIO SD VICHADA
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)

MONTENEGRO JIMENEZ DAYRA LILIANA	Genero: FEMENINO	Edad: 22 AÑOS 6 MESES 13 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo)	1124833309 (Número)
Apellidos y Nombres	Teléfonos			

Cargo
REGULADOR DE TRANSITO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

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	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	EXAMEN DE LABORATORIO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL/PAUSAS ACTIVAS/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITARSE EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR / HABITO DE VIDA SALUDABLES/ SE SUGIERE USO DE REPOSA MUÑECAS PARA TECLADO Y MOUSE/ REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL/ CONTROL ANUAL PERIÓDICO POR MEDICO, OPTOMETRIA Y AUDIOMETRIA OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST/ CUMPLIR PROTOCOLOS COVID-19

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Carlos Hernando Rios Weneydy
Médico Especialista
SALUD OCUPACIONAL
Reg. 5640 - Licencia 4958
IDEM

Firma:

Nombre: RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO
R. M.: 5640 L.S.O.: 4958

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MONTENEGRO JIMENEZ DAYRA LILIANA
CC: 1124833309

Colmena Seguros

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	MONTENEGRO RIVS ANDERSON ESTEBAN
IDENTIFICACIÓN:	CC 1006944054
INICIO VIGENCIA:	12/01/2022
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA
SALARIO:	1.000.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSORCIO SD VICHADA
CC /NIT:	NI 901529301
CONTRATO:	1193672
SEDE:	BOGOTA
CENTRO DE TRABAJO:	RIESGO 5
INICIO VIGENCIA:	12/10/2021
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 11 días del mes de enero del año 2022.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 11/01/2022 17:06:23. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

medimás EPS 5000651244

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación
3989301	12/01/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
MONTENEGRO (Primer apellido)	RIVAS (Segundo apellido)	ANDERSON (Primer nombre)	ESTEBAN (Segundo nombre)
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1006944054	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 06/06/1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [ ] Condición [ ]	2.7	05

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
COLMENA CIA	PORVENIR S.A.	1.000.000

18. Residencia			
VEREDA PUENTE ARIMENA (Dirección)	3175548 (Teléfono fijo)	3213550854 (Teléfono celular)	montenegroanderson471@gmail.com (Correo electrónico)
PUERTO GAITÁN (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	Localidad/Comuna	META (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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

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					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	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 registar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Corporacion Mi Ips Llanos Orientales - Ips Puerto Gaitan	3995
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 de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
CONSORCIO SD VICHADA	NI	901529301	1

39. Ubicación				
CRA 86 51 - 66 OFC 204 (Dirección)	3456777 (Teléfono)	Correo electrónico	Bogota D.C. (Municipio/Distrito)	BOGOTA, D.C. (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de 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 documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	1 2 0 1 2 0 2 2

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, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales .
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Anderson Montero900	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES: 1093756139 Wilmer Armando Peñaranda Diaz

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

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	1006944054
NOMBRES	ANDERSON ESTEBAN
APELLIDOS	MONTENEGRO RIVAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO GAITAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	MEDIMAS EPS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/07/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/11/2022 15:08:54	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

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:

ANDERSON ESTEBAN MONTENEGRO RIVAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.944.054**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Enero del 2022.

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.

Cofrem	FORMATO "AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"	Página 1 de 1
		Versión: 15
	Dependencia Generadora: División de Subsidios / Código: PD-170-01-F01	F. Vigencia: 2021-03-24

PARA SU DILIGENCIAMIENTO ESCRIBIR A MAQUINA O LETRA IMPRENTA EN ORIGINAL

(ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO, LEA EL RESPALDO DEL MISMO Y ENTÉRESE DE LOS DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR SEGÚN SEA SU CASO Y LA INFORMACIÓN IMPORTANTE AL FINAL DEL FORMULARIO)

Señale con una X donde Corresponda		Fecha de Diligenciamiento			Tipo Contrato	
		Año	Mes	Día		
1. Afiliación del trabajador y personas a cargo por primera vez	X	2022	1	12	Fijo	X
2. Adición de personas a cargo del trabajador ya afiliado					Indefinido	
3. Reafiliación						

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador:	Nit X C.C	Dirección del Empleador:	Teléfono Fijo: 3456677
CONSORCIO SD VICHADA	No. 901 529 301-2	CR 86 # 51 -66 OFICINA 204 BOGOTA	Celular: 3155644227

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido o de Casada:	Nombres:	C.C. X .E. T.I. PA P P. No: 1,006,944,054	Fecha de Expedición Año / Mes / Día	
MONTENEGRO	RIVAS	ANDERSON ESTEBAN		2017 / 10 / 4	

Fecha de Nacimiento Año / Mes / Día	Estado Civil (Señale con una X)				Sexo		Fecha de Ingreso a la Año / Mes / Día			Salario Básico Mensual $		
	Soltero (a)	X	Unión Libre		Hombre	Mujer					Fijo	X
1999 / 6 / 9	Casado (a)		Viudo (a)		X		2022	1	12	1,000,000	Variable	
	Separado (a)		Divorciado (a)									

Orientación Sexual		Nivel de Escolaridad				Pertenencia Étnica				Factor de Vulnerabilidad					
Heterosexual	X	Preescolar		Básica adultos		Técnico/Tecnológico		Afrocolombiano		Raizal del Archip de San Andrés, Prov. y Santa Catalina		Desplazado		Damnificado desastre natural		Población migrante	
Homosexual		Básica		Sec. adultos		Prof. Universitario		Comunidad Negra		Room/gitano		Victima del conflicto armado (no desplazado)		Cabeza de familia		Población zonas ronteras (nacionales)	
Bisexual		Secundaria	X	Media adultos		Postgrado/maestría		Indígena		No se auto reconoce en ninguno de los anteriores		Desmovilizado o reinsertado		Hijo (a) de madre cabeza de familia		Ejercicio de trabajo sexual	
No disponible.		Media		1ª. Infancia		Ninguno		Palenquero			X	Hija (o) desmovilizado o reinsertado		En condición de discapacidad		No aplica	X

Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Profesión: AYUDANTE DE OBRA			Correo Electrónico: MONTENEGROANDERSON471@GMAIL.COM	
Dirección residencia del trabajador: VEREDA PUENTE ARIMENA	Barrio: VEREDA PUENTE ARIMENA	Ciudad: PUERTO GAITAN	Rural	Urbano X	País: COLOMBIA / Teléfono Fijo: 3456677 / Celular: 3213550854
Dirección donde labora: VRD PUENTE ARIMENA PUERTO GAITAN META	Barrio: PUENTE ARIMENA	Ciudad: PUERTO GAITAN	Rural X	rbano	País: COLOMBIA
Empleador donde recibía cuota monetaria anteriormente:	NIT:				Fecha de Retiro Año / Mes / Día

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	Fecha de Ingreso Año / Mes / Día	CAJA POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA

DATOS DEL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido:	Segundo Apellido o de Casada:	Nombres:	C. C. T. PAS PE No:	Fecha de Expedición Año / Mes / Día

Dirección:	Barrio:	Ciudad:	Rural	Urbano	Correo Electrónico:	Teléfono Fijo: / Celular:

Fecha de Nacimiento Año / Mes / Día	Nombre del empleador donde trabaja:	Profesión:	Salario Básico Mensual: $	Recibe Cuota Monetaria Si / No

DATOS DE PADRES, HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS HUÉRFANOS (SOLO REGISTRE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA CUOTA MONETARIA)

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO Año	Mes	Día	TIPO DOC. IDENT.	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN Año	Mes	Día	SEXO H	M	PARENTESCO	DISCAPACIDAD SI	NO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	RURAL	URBANO

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que contiene una verdadera y completa relación de hijos, cónyuge o compañera (o) permanente, padres y hermanos.
PROTECCIÓN DE DATOS LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COFREM, NIT 892.000.146-3, con domicilio en la ciudad de Villavicencio, Departamento del Meta, responsable del tratamiento de los datos personales, informa a los trabajadores (aportantes y afiliados), beneficiarios, padres de familia, estudiantes, proveedores y especialmente a sus usuarios de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, que la información que contiene sus datos personales susceptibles de tratamiento se encuentran relacionadas con el desarrollo de las actividades de todos los servicios, programas y dependencias de la Caja de Compensación y operador de información, así como para el desarrollo de la base de datos histórica contentiva del registro de los trabajadores que han sido beneficiarios de los programas desarrollados; y que por tanto se informa de manera previa que sus datos personales tendrán como finalidad:

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas con las funciones propias de la Caja de Compensación.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencia y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de aliados a nivel regional o nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros Departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos, la cual puede consultar en www.cofrem.com.co. De igual forma, los titulares podrán ejercer sus derechos a autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Por tanto, autorizo a Cofrem el tratamiento de mis datos personales y envío de información de los servicios a través de los medios arriba relacionados: SI [X] NO [ ]

FIRMA DEL TRABAJADOR — **FIRMA DEL EMPLEADOR**

FIRMA DE TRABAJADOR — FIRMA DEL EMPLEADOR

VIGILADO SuperSubsidio

Formulario Recibido Por:	Dependencia:	Cargo:	Ciudad:

312 423 0150



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1999

PUERTO GAITAN
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-OCT-2017 PUERTO GAITAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-5204300-00953626-M-1006944054-20171110 **0058**450003A 2 48442602

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.944.054**

MONTENEGRO RIVAS

APELLIDOS

ANDERSON ESTEBAN

NOMBRES

Anderson Montenegro

FIRMA



Grupo Preferencial Sanar I.P.S

Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.384

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO CON ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMITADA	CONSORCIO SD VICHADA
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)

MONTENEGRO RIVAS ANDERSON ESTEBAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	22 AÑOS 7 MESES 3 DÍAS	CC	1006944054
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI

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	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PSICOLOGIA ALTURAS	✓
HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE INDICA EVITAR EL SEDENTARISMO Y REALIZAR CAMBIOS DE HÁBITOS DIETARIOS
SEGÚN LA EVALUACION MEDICA, PRUEBAS CLINICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO, SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /CAPACITAR PARA TRABAJO EN ALTURAS /VERIFICAR CONDICIONES FISICAS Y PSICOLOGICAS AL REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /LA EMPRESA CUMPLIRA LA RESOLUCION 1409 DE 2012/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ ACUDIR A ENTRENAMIENTOS LOCALES EN AREAS DE OPERACIÓN/CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIO CLINICO OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SG-SST/ SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre:	RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO	Nombre:	MONTENEGRO RIVAS ANDERSON ESTEBAN
R. M.:	5640 L.S.O.: 4958	CC:	1006944054

Colmena Seguros

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA
IDENTIFICACION:	NI 901529301

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80424794	2022-1-18	CC 79122156
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
MUÑOZ ARDILA	LEONEL ANTONIO	1962-12-30
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CLL 14 107 54	CALLE 14 1017-54	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA D.C. - Bogota D. C.	LEONEL.MUNOZ@LIVE.COM	3456777
Celular	**Sexo**	
3133971853	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
LABORATORISTA	$2,700,000.00	E.P.S. Sanitas S.A.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Fondo Pensiones Cesantias SA COLFONDOS	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-18	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación

153987231

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades: X

2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia — B. Colectivo — D. De Oficio — Beneficiario o Afiliado adicional — C. Institucional

3. Régimen: A. Contributivo — B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante: X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente: X — B. Independiente — C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Muñoz	Ardila	Leonel	Antonio

7. Tipo de documento de identidad: CN — TI — CE — CD — RC — CC: X — PA — SC

8. Número del documento de identidad: 79.122.156

9. Sexo: Femenino — Masculino: X

10. Fecha de nacimiento

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 cotizacion - IBC: 2'700.000

18. Residencia

Dirección: Cll 14 # 101 7 - 54

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3133971853

Correo Electrónico: Leonel.Muñoz@live.com

Municipio - Distrito: Bogota

Zona: Urbana: X — Rural

Localidad - Comuna

Departamento: Bogota

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE LA UPC ADICIONAL

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: CN — TI — CE — CD — RC — CC — PA — SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino — Masculino

23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino — Masculino		
B2			Femenino — Masculino		
B3			Femenino — Masculino		
B4			Femenino — Masculino		
B5			Femenino — Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad — Tipo	Condición	32. Datos de Residencia — Municipio-Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana — Rural			
B2		F N M	T P		Urbana — Rural			
B3		F N M	T P		Urbana — Rural			
B4		F N M	T P		Urbana — Rural			
B5		F N M	T P		Urbana — Rural			

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		

163

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

35. Nombre o razón social: Consorcio sd Vichada

36. Tipo documento de Identificación: NIT X TI CE CC PA CD

37. Número del documento de Identificación: 901 529 301

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección: Cra 86 5L-66

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Municipio / Distrito: Bogota

Departamento: Bogota

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la suspensión en la EPS
  - Código:
- [X] 6. Reactivación 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 traslado de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

C. 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: CN TI CE CD RC CC PA SC

Número del documento de identidad:

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento:

42. Fecha: 18012022

43. EPS anterior: sanitas

44. Motivo de traslado: Código:

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de capacidad 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, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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 EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Leonel Mora

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial — Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBEN — Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS: 20 ENE. 2022

RECIBIDO POR:

Observaciones:

Bajo la gravedad del juramento, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VI de este formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento

164

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	79122156
NOMBRES	LEONEL ANTONIO
APELLIDOS	MUÑOZ ARDILA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/06/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/17/2022 08:51:11	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
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LEONEL ANTONIO MUNOZ ARDILA identificado(a) con C.C No. 79.122.156, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

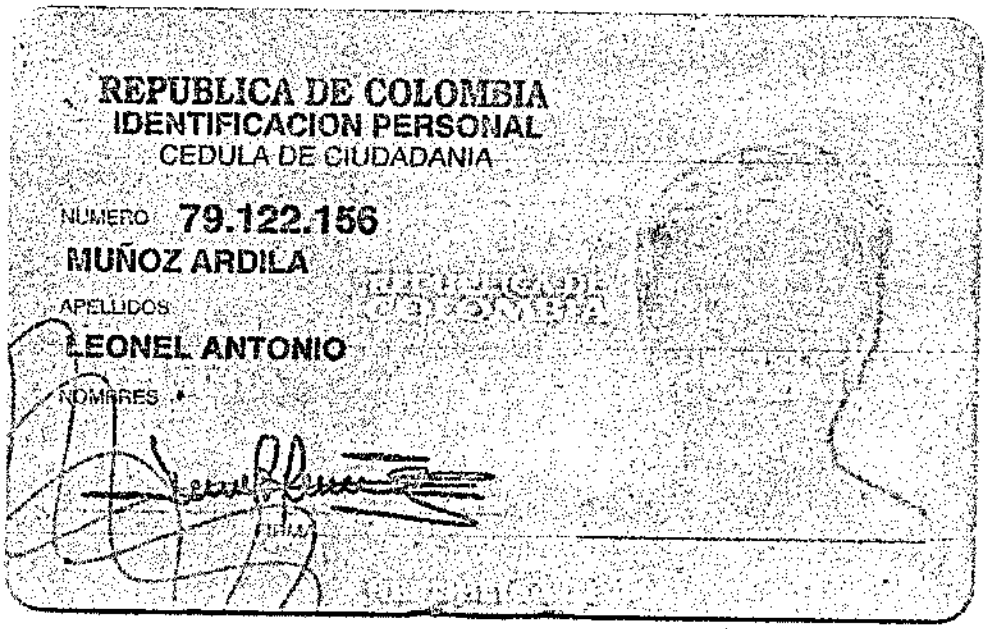
Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de enero del 2022.

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.

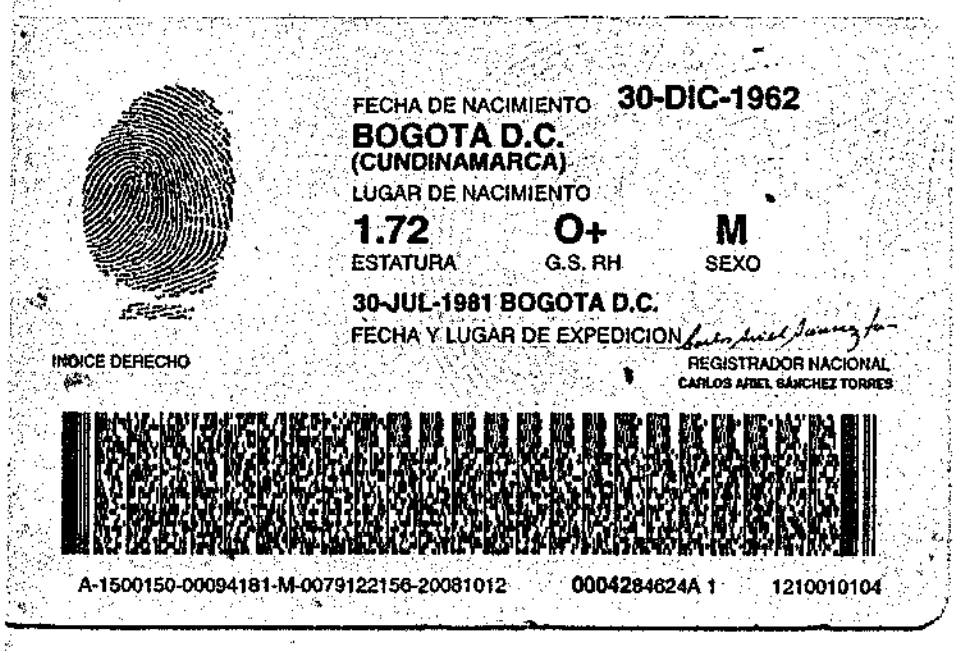
Carolina Galvis C.

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.122.156
MUÑOZ ARDILA
APELLIDOS
LEONEL ANTONIO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 30-DIC-1962
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
30-JUL-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00094181-M-0079122156-20081012 0004284624A 1 1210010104

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653705
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 85-23
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 730411	**Fecha Impresión** 2022-01-14	**Empresa Contratante**	CONSORCIO SD VICHADA
Nombre	LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA	**Empresa a Laborar**	
Cargo	LABORATORISTA	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	79122156	**Sede**	POLO CLUB II
Fecha Ingreso	2021-10-13 08:43:54	**Fecha Salida**	2021-10-20 15:50:18



Examenes Complementarios

Paraclinicos

- EMO Pre Ingreso
- Psicotécnica Alturas
- Alturas
- Audiometría
- Optometría

Laboratorio Clínico

- BUN
- FSP
- T IV TOTAL
- T III TOTAL
- Glicemia
- Cuadro Hemático III
- Perfil Lipídico
- Creatinina
- TGO - AST
- TGP - ALT
- FOSFATASA ALC.
- TSH

Vacunas

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO	REALIZAR CURSO DE ALTURAS
OSTEOMUSCULAR	REALIZADO	

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.

Recomendaciones Especificas Trabajador

PAUSAS ACTIVAS, USO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, ADECUADA POSTURA, HACER EJERCICIO 3 A 5 VECES A LA SEMANA, USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE COVID 19 DADOS POR PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA Y MINISTERIO DE SALUD-----TRABAJADOR NO PRESENTA PATOLOGIA DE ALTO RIESGO PARA COVID 19 SEGUN CIRCULAR 0030 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: SERGIO NICOLAS ORTIZ SALOM

Firma del trabajador: LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA

CC: 80087574
Registro médico: 254609
Licencia N°: 4234 21/4/2017

CC: 79122156

CONSORCIO DS

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA

CONSORCIO DS

NIT: 901241465-3

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) **LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA** identificado(a) con cedula No. **79,122,156** laboró en esta empresa desde el **29 de Julio de 2019** hasta el **16 de Abril de 2020**, como **LABORATORISTA** con un contrato **Labor contratada** devengando un salario mensual de **DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE $$2,200,000.00**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el **15 de Septiembre de 2021**

Atentamente

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE VIVEROS
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

CRA 86 # 51-66 OFC 204 EDF WBC * Tel. 3456777 * Bogotá D.C.
www.sonacol.com * E-mail: grupolhs@grupolhs.com

ıeado con CamScanner

SONACOL S.A.S.

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA
SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 830.129.289-8

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) **LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA** identificado(a) con cedula No. **79,122,156** laboró en esta empresa desde el **1 de Junio de 2018** hasta el **26 de Junio de 2019** como **LABORATORISTA** con un contrato **Labor contratada** devengando un salario mensual de **DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE $2,726,925.00**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los **15 de Septiembre de 2021**

Atentamente

PBX: 345 6777
Bogotá D.C. Colombia
SONACOL S.A.S. NIT.830.129.289-8

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE VIVEROS
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

Escaneado con CamScanner

SONACOL S.A.S.

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA
SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 830.129.289-8

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) **LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA** identificado(a) con cedula No. **79,122,156** laboró en esta empresa desde el **27 de Febrero de 2017** hasta el **30 de Mayo de 2018** como **LABORATORISTA** con un contrato **labor contratada** devengando un salario mensual de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE $2,647,500.00**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los **15 de Septiembre de 2021**

Atentamente

PBX: 345 6777
Bogotá D.C. Colombia
SONACOL S.A.S. NIT.830.129.289-8

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE VIVEROS
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

Escaneado con CamScanner

SONACOL S.A.S.

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA
SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 830.129.289-8

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) **LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA** identificado(a) con cedula No. **79,122,156** laboró en esta empresa desde el **3 de Octubre de 2013** hasta el **9 de Abril de 2016** como **LABORATORISTA** con un contrato **Labor contratada** devengando un salario mensual de **DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE $2,675,000.00**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los **15 de Septiembre de 2021**

Atentamente

PBX: 345 6777
Bogotá D.C. Colombia
SONACOL S.A.S. NIT 830.129.289-8

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE VIVEROS
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

Escaneado con CamScanner

CONSTRUCTORA LHS S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El señor **MUÑOZ ARDILA LEONEL ANTONIO**, Identificado con la cédula de ciudadanía No. **79.122.156**, laboró en esta compañía, desempeñando el cargo de **LABORATORISTA**, desde el 15 de Septiembre de 2011 hasta el 01 de Enero de 2013, con una asignación salarial mensual de Un Millon Novecientos Sesenta Mil Pesos M/Cte. ($ 1.960.000).

Se expide a solicitud del interesado al primer (01) día del mes de Abril de 2013.

Cordialmente,

MONICA LILIANA JIMENEZ M.
Profesional de Talento Humano

Anexo: N/A
Copia: Archivo
mlj/MLJ

Escaneado con CamScanner

servicol S.A.
SERVICIOS TEMPORALES

ISO 9001 Icontec

SERVICIOS DE COLOMBIA S.A.
SERVICOL S.A.
Nit 800,248,170-1
SERVICOL S.A. BOGOTA

CERTIFICAMOS

Que el Señor, MUNOZ ARDILA LEONEL ANTONIO Identificado con cédula de ciudadanía número 79,122,156 expedida en BOGOTA laboró en nuestra empresa como Empleado en Misión. Su contrato es el siguiente:

- Contrato de trabajo por DURACION DE UNA OBRA O LABOR CONTRATADA desde el 25 de Febrero de 2011 hasta el 27 Abril 2011, desempeñando el cargo de LABORATORISTA en la Empresa Usuaria CONCRELAB LIMITADA en la ciudad de SANTAFE DE BOGOTA D.C.

SALARIO BASICO: $1,000,000.00
VARIABLES : $0.00

Este certificado se expide a solicitud del interesado en la ciudad de BOGOTA, a los 10 días del mes de Agosto de 2012.

Servicol S.A.
SERVICIOS TEMPORALES

CLAUDIA SOFIA ARIAS BOTERO
GERENTE

Elaborado por: DIEGO REYES

Escaneado con CamScanner

CONCRELAB
Laboratorio de ensayos de ingeniería y calibración

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el Señor LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA, identificado con cédula de ciudadanía No. C. C. 79.122.156, trabajó en esta empresa desde el 25 de Febrero de 2011, hasta el 27 de Abril de 2011, desempeñando el cargo de Laboratorista de la División de Geotecnia y Pavimentos. Estuvo vinculado como trabajador en misión, mediante contratación por medio de la empresa SERVICOL S. A. Su retiro fue voluntario.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en Bogotá el 10 de Septiembre de 2011.

Atentamente,

MARÍA ANTONIA GUERRERO
Jefe de Personal
Concrelab Ltda.

Calle 63D No. 71A-70 • PBX y Fax: 223 56 56 • Bogotá, D.C. - Colombia
E-mail: contactenos@concrelab.com • www.concrelab.com

Escaneado con CamScanner

DOBLE AA INGENIERIA

SGS

AA VII APR 1111

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA QUE

El (a) señor (a) **MUÑOZ ARDILA LEONEL ANTONIO** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **79.122.156** trabajó en **DOBLE A INGENIERIA S.A. Nit. 860.072.279-0,** desde el 02 de Mayo de 2011 con contrato así

- Contrato Individual de trabajo a término Indefinido
- Del 02 de Mayo de 2011 al 12 de Septiembre de 2011, en el cargo Laboratorista

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los dieciseis (17) días del mes de Agosto de 2012.

Cordialmente,

DOBLE A INGENIERIA S.A. DPTO. RECURSOS HUMANOS

LUZ MARIA ARISTIZABAL R.
DIRECTORA TALENTO HUMANO
DOBLE A INGENIERIA S.A.
Nit. 860.072.279
mr-121
Elaboró P

Escaneado con CamScanner

CORTAZAR Y GUTIERREZ LTDA
NIT: 800.146.372 - 4

CERTIFICA

Que la Señor **LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA**, Identificado con Cédula de Ciudadanía No. **79.122.156**, laboró en la Empresa **CORTAZAR Y GUTIERREZ LTDA**, identificada con Nit 800.146.372 - 4, desde el día Veintitrés (23) de Enero de Dos Mil Ocho (2.008), hasta el día Veinticuatro (24) de Febrero de Dos Mil Once, con un contrato a termino indefinido.

Quien se desempeñaba como **LABORATORISTA DE SUELOS** y devengaba un Salario Básico Mensual de UN MILLON CIENTO SESENTA Y TRES MIL PESOS MCTE ($1.163.000), más horas extras.

La presente certificación se firma y se expide a solicitud del Interesado a los Catorce (14) días del Mes de Agosto de Dos Mil Doce (2012).

Atentamente,

CORTAZAR Y GUTIERREZ LTDA.
LINA ANDREA GUZMAN
JEFE DE RECURSOS HUMANOS

CALLE 152 # 21 A - 69
TEL: 2742559 - 6011051 FAX: 6203377
BOGOTA-COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

PAVIM CONC LTDA
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL
SUELOS - ASFALTOS - CONCRETOS

CERTIFICACION PC – 16/08

CERTIFICACIÓN

Con la presente certificamos que el Señor **LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA**, identificado con la Cédula de Ciudadanía Nº 79.122.156 de Bogotá, laboró en nuestra compañía desde el 22 de Mayo de 2003 hasta el 21 de Enero de 2008, desempeñando el cargo de Laboratorista, demostrando gran compromiso con la empresa, honestidad y cumplimiento.

La presente se expide en Bogotá a solicitud del interesado el día 18 de Febrero de 2008.

Cordialmente,

BLIBIANA GONZALEZ MARTINEZ
Directora Administrativa y Financiera

c.c. Archivo
Elaboró: NYRR
Página 1 de 1

OFICINAS Y LABORATORIO CALLE 25 Nº 27A-36 PBX: 3 40 94 12 - 3 40 73 87 - 3 40 73 00 TELEFAX: 3 68 88 60
E-mail: pavimconc@hotmail.com Bogotá - Colombia

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional Resolución No [illegible] de 1957

CONFIERE A

LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA

C.C 79. 122. 156 BOGOTA D.E.

El Título de:

TECNICO

En : CONSTRUCCIONES CIVILES

FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS

REGISTRO Y CERTIFICACION

CONSTRUCCIONES DE LA MADERA — CENTRO DE FORMACION

SANTAFE DE BOGOTA — CIUDAD Y FECHA DE TERMINACION

20 07 97 — No 0203 — NO DE REGISTRO Y FECHA DE EXPEDICION

Escaneado con CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA

Con Cedula de Ciudadania No.

79.122.156

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TECNICO EN SUELOS Y PAVIMENTOS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá, a los ocho (10) días del mes de agosto de dos mil cuatro (2.004)

Firmado Digitalmente por
WILLIAM OROZCO DAZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WILLIAM OROZCO DAZA
SUBDIRECTOR CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

396570 - *10/08/2.004*
No y FECHA REGISTRO

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA

Con Cédula de Ciudadanía No. 79.122.156

Cursó y aprobó la acción de Formación

METROLOGIA BASICA

Con una duración de 32 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D. C. a los Diecinueve (19) *días del mes de* Febrero de Dos Mil Siete (2007)

GERMAN ANTONIO MENDIETA MENDIETA
SUBDIRECTOR CENTRO NACIONAL COLOMBO ITALIANO
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2007AP00056 19/02/2007
No Y FECHA DE REGISTRO

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA

Con Cédula de Ciudadanía No. 79.122.156

Cursó y aprobó la acción de Formación

FORMACION AUDITORES DE CALIDAD

Con una duración de 24 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogota D. C. a los Once (11) días del mes de Diciembre de Dos Mil Seis (2006)

GERMÁN EDUARDO JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2006AP00758 11/12/2006
No Y FECHA DE REGISTRO

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA

Con Cédula de Ciudadanía No. 79.122.156

Cursó y aprobó la acción de Formación

INTRODUCCION A LA NORMA NTC ISO / EIC 17025

Con una duración de 24 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogota D. C. a los Veintisiete (27) días del mes de Octubre de Dos Mil Seis (2006)

GERMÁN EDUARDO JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2006AP00492 20/09/2006
No Y FECHA DE REGISTRO

Escaneado con CamScanner

SIG **CONSULTORES**
Sistemas Integrales de Gestión

HACE CONSTAR QUE:

LEONEL MUÑOZ ARDILA
79.122.156

Asistió y aprobó el curso de formación

CALCULO DE REPETIBILIDAD, REPRODUCIBILIDAD E INCERTIDUMBRE PARA ENSAYOS DE LABORATORIO
Con una duración de ocho (8) horas

Bogotá D.C., 26 de diciembre de 2006

Ing. Carlos Andrés Forero S.
Gerente SIG Consultores

Escaneado con CamScanner

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA
República de Colombia

Prosperidad para todos

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

EL COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO DE METROLOGIA

HACE CONSTAR:

Que el Laboratorista Técnico **Leonel Antonio Muñoz Ardila**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.122.150, expedida en Bogotá, Laboratorista en la empresa Sonacol-Centrasa, realizó el curso en NTC-17025, los días 21 y 22 de septiembre de 2011, con una intensidad de dieciséis (16) horas en las instalaciones de la Superintendencia de Industria y Comercio.

Este curso fue dirigido por el Ingeniero Juan Alberto Arias Prieto, funcionario de la Superintendencia de Industria y Comercio.

Se expide la presente en Bogotá, D.C., a los veintidós (22) días del mes de septiembre de 2011.

Ing. Carlos Eduardo Porras Porras

CEPP/mec
SEDE CAN –Grupo de Trabajo de Metrología
AK 50 No. 26-55, Interior 2 (CAN)
email: info@sic.gov.co
Tels. 5880234- 5870000
Bogotá D. C. – COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

RP SERVICES
Salud Ocupacional y Protección Radiológica

CERTIFICA QUE:

LEONEL ANTONIO MUÑOZ ARDILA

ASISTIO A:

CURSO PROTECCION RADIOLOGICA

Con una intensidad horaria de 16 HORAS, los días 30 AGOSTO -31 AGOSTO

del año 2015 en la ciudad de Bogotá D.C

GERENTE RP SERVICES S.A.S.

FISICO MS HERNAN OLAYA DAVILA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Escaneado con CamScanner

Colmena Seguros

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672	
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA	
IDENTIFICACION:	NI 901529301	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80424438	2022-1-18	CC 1120873023
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
MURILLO MONDRAGON	YILBER JAVIER	1996-11-3
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
VEREDA PUENTE ARIMENA	VEREDA PUENTE ARIMENA	Rural
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
PUERTO GAITAN - Meta	JORMONGRAGON@HOTMAIL.COM	3456777
Celular	**Sexo**	
3132123531	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AYUDANTE DE OBRA	$1,000,000.00	Salud Total S.A. E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Proteccion	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-18	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007691694	21/01/2022

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 ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐ B. Colectiva ☐	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			
MURILLO (Primer apellido)	MONDRAGON (Segundo apellido)	YILBER (Primer nombre)	JAVIER (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1120873023	Femenino ☐ Masculino ☒	01/01/1996

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
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA	PROTECCION	1000000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
VRD PN ARIMENA 1		3132123531	SERVICIOALCLIENTE.APORTESAC@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
PUERTO LOPEZ	Urbana ☒ Rural ☐		META

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	MULTISALUD CP PTO LOPEZ - MULTISALUD CP PTO LOPEZ	MULTIPUERT - MULTIPUERT
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)
CONSORCIO SD VICHADA	NIT	901529301	01

39.Ubicación				
CR 86 NO 51 66 OF 204 (Dirección)	3456777 (Teleéfono)	SERVICIOALCLIENTE.APORTESAC@GMAIL.COM (Correo electrónico)	PUERTO GAITAN (Municipio/distrito)	META (Departamento)

190

No de Radicación
4007691694

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 ☐		1 8 0 1 2 0 2 2

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

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

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

49. ☐ Declaración de no inlernación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

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

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

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

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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

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	1120873023
NOMBRES	YILBER JAVIER
APELLIDOS	MURILLO MONDRAGON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO POR EMERGENCIA	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/11/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/17/2022 15:04:11	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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MURILLO MONDRAGON YILBER JAVIER** identificado(a) con **CC** número **1.120.873.023** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de diciembre de 2015 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 13 de enero de 2022.

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.120.873.023
MURILLO MONDRAGON
APELLIDOS
YILBER JAVIER
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

03-NOV-1996
FECHA DE NACIMIENTO
PUERTO LOPEZ
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
03-FEB-2015 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5204500-00677417-M-1120873023-20150316 0043582317A 1 41645287

Grupo Preferencial Sanar I.P.S
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.569

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO CON ALTURAS

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

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMITADA	CONSORCIO SD VICHADA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MURILLO MONDRAGON YILBER JAVIER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	25 AÑOS 2 MESES 11 DÍAS	CC	1120873023
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI

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	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PSICOLOGIA ALTURAS	✓
HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓	----------	

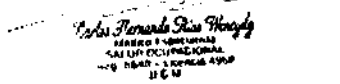
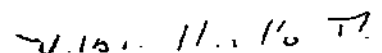
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGÚN LA EVALUACION MEDICA, PRUEBAS CLINICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO, SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /CAPACITAR PARA TRABAJO EN ALTURAS /VERIFICAR CONDICIONES FISICAS Y PSICOLOGICAS AL REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /LA EMPRESA CUMPLIRA LA RESOLUCION 1409 DE 2012/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ ACUDIR A ENTRENAMIENTOS LOCALES EN AREAS DE OPERACIÓN/CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIO CLINICO OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SG-SST/ SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

17 ene/22

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre:	RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO	Nombre:	MURILLO MONDRAGON YILBER JAVIER
R. M.:	5640 L.S.O.: 4958	CC:	1120873023

Colmena Seguros

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672	
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA	
IDENTIFICACION:	NI 901529301	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80303196	2022-1-7	CC 87061823
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
ROSERO BURBANO	RIGOBERTO	1983-6-14
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
TANGUA - NARIO		Rural
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
TANGUA - Nariño	GRUPOLHS@GRUPOLHS.COM	3456777
Celular	**Sexo**	
3155644227	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
MECANICO	$2,400,000.00	E.P.S. Sanitas S.A.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Colpensiones	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-7	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

197

EPS Sanitas

NIT 800.251.440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación

153015119

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

1. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Tramite	2. Tipo de Afiliacion				3. Regimen	
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual	Cotizante o Cabeza de Familia	B. Colectiva	D. De Oficio	A. Contributivo	B. Subsidiado
		Beneficiario o Afiliado adicional	C. Institucional			

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

A. AFILIACIÓN

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Rosero	Burbano	Rigoberto	

7. Tipo de documento de identidad	8. Numero del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	87.061.823	Femenino Masculino X	

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		2.400.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Cra 112 barrio San antonio.	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3147749555	rigoroserorcibur@hotmail.com

Municipio - Distrito	Zona	Localidad - Comuna	Departamento
Pasto	Urbana X Rural		Nariño

Datos Básicos de Identificación del Conyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Numero del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		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				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Numero del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio-Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EP
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

35. Nombre o razón social: Consorcio sd Vichada

36. Tipo documento de Identificación: NIT X, TI, CE, CC, PA, CD

37. Numero del documento de Identificación: 901.529.301

38. Tipo de Aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código
- [X] 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

C. 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: CN, RC, TI, CC, CE, PA, CD, SC

Numero del documento de identidad

Sexo: Femenino, Masculino

Fecha de nacimiento

42. Fecha: 07/01/2021

43. EPS anterior: Sanitas

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

D. 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 afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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 EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Rigoberto Rosero

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

E. ANEXOS

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

F. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBEN
Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento

Numero de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EP

-8 FEB 2021

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	87061823
NOMBRES	RIGOBERTO
APELLIDOS	ROSERO BURBANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NARINO
MUNICIPIO	PASTO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO POR EMERGENCIA	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/06/2022 14:48:01	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

la-proteccion-de-datos-de-los-colombianos.aspx)

Afiliaciones de una Persona en el Sistema



INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2021-12-17

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 87061823	RIGOBERTO		ROSERO	BURBANO	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2021-12-17

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
E.P.S. SANITAS	Contributivo	01/12/2020	Activo por emergencia	COTIZANTE	PASTO

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2021-12-17

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2005-04-07	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2021-12-17

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	2017-07-01	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO NO RESIDENCIAL	Chocó- QUIBDÓ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2021-12-17

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO	2016-10-01	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2021-11-30

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2014-02-12	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2021-12-17

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2021-11-30

No se han reportado vinculaciones para esta persona.



EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co (mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co)
Términos y Condiciones de uso. (/Documents/Ministerio/Terminos%20y%20Condiciones%20de%20uso%20del%20portal%20web_Octubre%202012x.pdf)
Ultima Actualización : jueves, 06 de enero de 2022

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del pais: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Versión 2.4

(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-Gana-Premio-Colombia-en-linea-2012.aspx)

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RIGOBERTO ROSERO BURBANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **87061823,** se encuentra afiliado/a desde **07/04/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de enero de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 87061823

ROSERO BURBANO
APELLIDOS

RIGOBERTO
NOMBRES

Rigoberto Rosero Burbano
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1983
TANGUA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

09-AGO-2001 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2300100-53097441-M-0087081823-20011221 0076901355A 02 116974922

202

AM PM 24 S.A.S

NIT. 900813532-0

Dirección: CALLE 21B NO. 15-66 BARRIO JAVERIANO

Tel: 7377355 - 3042045021 - 3115440791

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de certificación: Pre ocupacional ☑ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Trabajo en alturas ☑ Medicina laboral ☐

Reubicación ☐ Control ☐ Otro ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **23/11/2021 14:49:00** Empresa **SONACOL SAS**

Nombre **RIGOBERTO ROSERO BURBANO** Identificación **CC 87061823** Edad **38**

Hijo(s) **1** Lugar de residencia **TANGUA** Teléfono Estado civil **UNION LIBRE**

Grado de escolaridad **Técnica** AFP **COLPENSIONES** ARL **SURA** EPS **SANITAS**

Cargo **MECANICO 1**

Ciudad del examen **PASTO** Empresa en misión



EXÁMENES

Osteomuscular	Realizado ☑		**P. psicosensométrica**	Realizado ☐	
Visiometría	Realizado ☐		**Cardiovascular**	Realizado ☐	
Audiometría	Realizado ☑		**Espirometría**	Realizado ☐	
Altura	Realizado ☑		**Optometría**	Realizado ☑	
Espacios confinados	Realizado ☐		**Psicología**	Realizado ☑	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

1 GLICEMIA: RELIZADO	2 PERFIL LIPIDICO: RELIZADO	3 CUADRO HEMATICO: RELIZADO
4	5	6
7	8	9

CONCEPTO

Cumple para el cargo de la empresa o contratista
Apto para trabajar en alturas

RECOMENDACIONES

Otro: NO

RESTRICCIONES

Otro: NO

OBSERVACIONES

DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE.
AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA: DURANTE EL EXAMEN REALIZADO EN REPOSO NO SE ENCONTRARON HALLAZGOS QUE LE RESTRINJAN REALIZAR ACTIVIDADES DE MANEJO DE CARGAS, ADOPTAR POSTURAS FORZADAS O MOVIMIENTOS REPETIDOS.
COMO RECOMENDACION PREVENTIVA DEBE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL PARA REALIZAR LAS TAREAS DE SU OCUPACIÓN.
CUMPLIR LOS PROTOCOLOS DE TRABAJO SEGURO EN ALTURA, CUMPLIR LAS NORMAS DEL SGSST.

24-nov/21



Captura Biométrica

CLAUDIA LUCIA CARDENAS CABEZAS
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL
CC: 37084641 RM: LIC S.O. 2390 - 2017

Trabajador: **RIGOBERTO ROSERO BURBANO**
CC: 87061823
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

IPS AM PM 24 SAS

AM PM 24 S.A.S

NIT. 900813532-0

Dirección: CALLE 21B NO. 15-66 BARRIO JAVERIANO
Tel: 7377355 - 3042045021 - 3115440791

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

ACTUALMENTE SIN HALLAZGOS ASOCIADOS A SARS COV2, NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020. CUENTA CON ESQUEMA INCOMPLETO PARA SARS COV 2.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual [x] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ] Ninguno [ ]

REMISIÓN SI [ ] NO [x]

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

CLAUDIA LUCIA CARDENAS CABEZAS
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL
CC: 37084641 RM: LIC S.O. 2390 - 2017

Trabajador: **RIGOBERTO ROSERO BURBANO**
CC: 87061823
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

Hace constar que

RIGOBERTO ROSERO BURBANO

Con Cedula de Ciudadanía No.87.061.823

Quien demostró su Competencia Laboral en la Titulación

TECNICO MECANICO DIESEL

Con una duración de 1200 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los quince (15) días del mes de Diciembre del año dos mil diez (2010)

Firmado Digitalmente por
XIOMARA LUNAS REDONDO
PROFESIONAL CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
REGIONAL ATLANTICO

9694489 – 15/12/2011

SENA
REGIONAL ATLANTICO

EL CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN

CERTIFICA

Que, RIGOBERTO ROSERO BURBANO, identificado (a) con cedula de ciudadanía No.87061823, realizo y aprobó el curso de TECNICO MECANICO DIESEL con una intensidad horaria de mil doscientas (1200) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:
D: Reprobo
A: Aprobo.

Se expide en Barranquilla, a los quince (15) días del mes de Diciembre de dos mil diez (2010).

Firmado digitalmente por
XIOMARA LUNAS REDONDO
PROFESIONAL CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
Autenticidad del documento
Bogota-colombia

CONSTRUCTORA LHS S.A.S.

GRUPO LHS
Visualiza más allá del horizonte

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA

CONSTRUCTORA LHS S.A.S NIT 900.042.741-4

CERTIFICA QUE:

El señor, **ROSERO BURBANO RIGOBERTO** Identificado con cédula de ciudadanía **No. 87.061.823,** labora en esta compañía en la sede Centro de Operaciones CEO" desde el 02 de Febrero de 2015, mediante contrato por término Indefinido desempeñándose en el cargo de **Mecánico 2** devengando un salario básico mensual de Un Millón Trecientos Cuarenta Mil Pesos M/C ($1.340.000.

Se expide a solicitud del interesado a los (13) días del mes de Abril de 2016

Cordialmente,

Diego Alejandro Solarte Viveros
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

Carrera 86 No. 51-66
World Business Center
Oficina 204
PBX: 345 67 77
www.grupolhs.com
Bogotá, D. C.

ISO 9001 SC 5433-1 ISO 14001 SA 265-1 OHSAS 18001 OS 313-1

CCS Consejo Colombiano de Seguridad | RUC® Registro Único para Contratistas

CONSTRUCTORA LHS SAS
NIT 900042741-4

CERTIFICA QUE:

El señor **RIGOBERTO ROSERO BURBANO** identificado con cédula No. **87.061.823** laboro en esta empresa desde el **02 de febrero de 2015** hasta el **30 de septiembre de 2016**, como **MECANICO 2**, con un contrato a **TERMINO INDEFINIDO**, devengando un salario mensual de **UN MILLON TRECIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($1.340.000)**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes mayo de 2017.

Atentamente,

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

Redactó VIVIANA ACUÑA
Revisó LUZ CASAS
Aprobó DIEGO SOLARTE

Carrera 86No. 51-66 Oficina 204 * PBX. 3456777* Bogotá D.C.
E-mail: grupolhs@grupolhs.com

LA VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA

SOLARTE NACIONAL DE CONSTRUCCIONES SAS

NIT: 830.129.289-8

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) **RIGOBERTO ROSERO BURBANO** identificado(a) con cedula No. **87,061,823** labora en esta empresa desde el **22 de Octubre de 2016** hasta la fecha como **MECANICO 2** con un contrato **Labor contratada** devengando un salario mensual de **UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE $1,433,800.00**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el 6 de Febrero de 2018

Atentamente

PBX: 345 6777
Bogotá D.C. Colombia
NIT.830.129.289-8

DIEGO ALEJANDRO SOLARTE VIVEROS
Vicepresidente Administrativo
Grupo LHS

CONSORCIO SH

CERTIFICADO LABORAL

CONSORCIO SH, asociación de empresas constituida de conformidad con las leyes de la República de Colombia con domicilio social en la Calle 99 N. 14 - 49 Piso 4 torre EAR de Bogotá, identificada con el Nit. 900.937.662-2, representada legalmente por **JOSÉ IGNACIO SANZ DELGADO,** de nacionalidad española, con igual domicilio y cédula de extranjería No. 558.811, constituido por las sociedades **SACYR CONSTRUCCIÓN COLOMBIA S.A.S.** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., constituida bajo la ley colombiana, con Nit. 900.657.570-I y **HERDOÍZA CRESPO CONSTRUCCIONES COLOMBIA S.A.S.,** sociedad comercial constituida de conformidad con las leyes de la república de Colombia con domicilio en Bogotá D.C., en la calle 70 No 4-41, identificada con NIT. 900.815.680-1.

Certifica que el (la) señor(a) **RIGOBERTO ROSERO BURBANO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 87.061.823 laboró para la compañía conforme a la siguiente información:

Fecha de ingreso:	Octubre 07 de 2018
Cargo:	MECANICO
Fecha de Retiro:	Enero 10 de 2020
Motivo de Retiro:	SIN JUSTA CAUSA

En constancia a lo anterior se firma el presente en la ciudad de San Juan de Pasto - Nariño., a los diez (10) días del mes de enero de 2020.

Atentamente,

CONSORCIO SH

DIEGO FERNANDO LIZCANO ARDILA
Jefe de Gestión Humana
Consorcio SH



ALFONSO GARCIA TOVAR
NIT. 79.153.661 – 2

CERTIFICA

Que el Señor **RIGOBERTO ROSERO BURBANO** identificado con cédula de ciudadanía No 87.061.823 laboro para mi empresa con el cargo de mecánico desde el día 15 de enero del año 2020 hasta el día 15 de octubre del año 2021 por un contrato de termino indefinido, Con un Básico de $ 1.997.146 (Un millón novecientos cuarenta y siete mil ciento cuarenta y seis pesos M/Cte.) Mas Auxilio de transporte.

Dado en Ibagué a los 19 (diecinueve) días del mes de octubre del año 2021.

Cordialmente,

ALFONSO GARCIA TOVAR
C.C 79.153.661
GERENTE GENERAL

Colmena Seguros

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672	
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA	
IDENTIFICACION:	NI 901529301	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80256668	2022-1-6	CC 77102975
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
ROYERO CABALLERO	EDGAR ENRIQUE	1968-7-12
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CR 10# 26 - 32		Rural
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
SUPIA - Caldas	GRUPOLHS@GRUPOLHS.COM	3456777
Celular	**Sexo**	
3155644227	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
OPERADOR DE FRESADORA	$2,600,000.00	Medimas E.P.S. S.A.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Proteccion	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-6	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

213

medimás EPS 5000646169

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación
3983651	07/01/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: ROYERO	Segundo apellido: CABALLERO	Primer nombre: EDGAR	Segundo nombre: ENRIQUE
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 77102975	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 17/07/1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	0	

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
COLMENA CIA	PROTECCION	2.600.000

18. Residencia			
Dirección: CRR 10 # 26-32	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3114356038	Correo electrónico: CABALLEROROYERO@HOTMAIL.COM
Municipio/Distrito: SUPÍA	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: CALDAS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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	RODAS	VALENCIA	KATHERINE	
B2	VALENCIA	VALENCIA	LULBIA	DE JESUS
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	CC	1007651700	X		06/03/2000
B2	CC	33991858	X		01/11/1973
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1	HI						
B2	CY						
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 registar por la EPS)
B1	PEREIRA	X		RISARALDA	3114356038	
B2	SUPÍA	X		CALDAS	3114356038	
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Ese Hospital San Lorenzo de Supia	7312
B		
B	Ese Hospital San Lorenzo de Supia	7312
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 de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
CONSORCIO SD VICHADA	NI	901529301	1

39. Ubicación				
Dirección: CRR 86 51-66 OFC 204	Teléfono: 3456777	Correo electrónico: grupolhs@grupolhs.com	Municipio/Distrito: Bogota D.C.	Departamento: BOGOTA, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de 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 documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	0 6 0 1 2 0 2 2

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.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales .
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Edwin Enrique	

IX. ANEXOS

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

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

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la 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	67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio / Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES: 1093789199 Steven Alberto Vanegas Galindo

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

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligénciala con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	77102975
NOMBRES	EDGAR ENRIQUE
APELLIDOS	ROYERO CABALLERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CALDAS
MUNICIPIO	SUPIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	MEDIMAS EPS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/05/2022 11:12:19	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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROYERO CABALLERO EDGAR ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **77.102.975** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2002 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de enero de 2022.

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

2022010511164

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

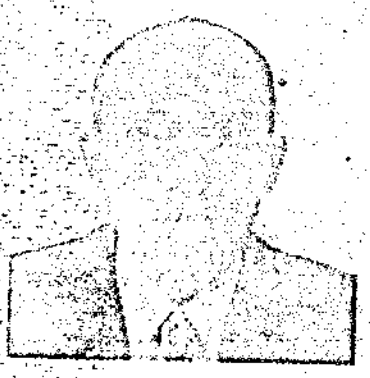
NÚMERO **77.102.975**

ROYERO CABALLERO

APELLIDOS

EDGAR ENRIQUE

NOMBRES



Edgar E. Royero R

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUL-1968**

CHIRIGUANA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

11-DIC-1989 CHIRIGUANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-01064469-M-0077102975-20190226 0064668820A 1 9907426379

BONA SALUD IPS

SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MÉDICO
EXAMEN DE INGRESO

DATOS DEL TRABAJADOR



Fecha	01/12/2021
Nombre	ROYERO CABALLERO EDGAR ENRIQUE
Documento	77102975
Empresa	SONACOL SAS
Cargo	OPERADOR DE FRESADORA

EXAMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

Espirometría		**Optometría**	X	**Glicemia**	X	**Koh**		**Coprológico**		**HCG**	
Audiometría	X	**Cuadro Hemático**	X	**Serología**		**Frotis de garganta**		**Basciloscopia**		**RX de columna**	
Visiometría		**Perfil lipídico**	X	**Parcial de Orina**		**Cultivo de garganta**		**Hemoclasificación**		**RX de torax**	

Otros examenes EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y TRABAJO EN ALTURAS, TEST VESTIBULAR, PUEBA PSICOLOGICA PARA ALTURAS Y CONDUCCION , PSICOMETRICO

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

OBSERVACIONES

TRABAJOS ESPECIALES

PRUEBAS DE COORDINACIÓN, VÉRTIGO Y EQUILIBRIO NORMALES. ES APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

RECOMENDACIONES

Ocupacionales	Médicas	Vigilancia Epidemiológica	Hábitos	Capacitación
X Uso elementos Protección Personal X Seguir Protocolos de Seguridad X Uso Corrección Visual X Control periodico ocupacional X Pausas activas X Protección UV			X Actividad Física 3 veces por semana X Buena Postura	X Ruido X Protección Visual X Ergonómico

Otras recomendaciones

EL TRABAJADOR EN LA ACTUALIDAD NO PRESENTA PATOLOGÍA DE ALTO RIESGO PARA COVID-19,CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS DE LA RESOLUCION 1565 DE 2014, INDUCCION Y CAPACITACION PARA EL CARGO,USO DE EPP SEGÚN CARGO , REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL , HIGIENE POSTURAL ,EJERCICIO FRECUENTE,DIETA ESTRICTA BAJA EN GRASAS, USO DE LENTES PERMANENTES ,CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL

NOTA: Actividades que impliquen trabajos en altura, espacios confinados, levantamiento de cargas, manipulacion de alimentos y conducción de vehiculo, requieren autorización expresa en el certificado.

Rita Maria Rincón

02-12-21

ROYERO CABALLERO EDGAR ENRIQUE
TRABAJADOR

RITA MARIA RINCON RINCON
LIC S.O 1591/2013

Construcciones
EL CONDOR S.A

Nit. 890.922.447-4

CERTIFICACION LABORAL

Por medio del presente documento nos permitimos informar que el (la) Señor(a) **ROYERO CABALLERO EDGAR ENRIQUE** identificado con cédula No **77102975** trabajo para Construcciones el Cóndor S.A. desde el día **21/JUL/2020** hasta el día **5/FEB/2021**. Estuvo vinculado(a) mediante contrato por obra o labor, y desempeño el cargo de **OPERADOR DE FRESADORA** devengando un salario mensual de $2149000 pesos.

Cualquier información adicional con gusto la suministraremos.

Cordialmente,

MARIA JOSE PEREZ PERCY
Analista de Gestión Humana de Obra
Obra: LA GUAJIRA
Proyecto: 3146384493

EL CONDOR S.A

Cromas

Ingenieros Constructores

ISO 9001:2000 AGREDITADO

CERTIFICACION
CRM - 303/2006

La suscrita **Gerente** de **CROMAS S.A. NIT. 860.513.568-3** se permite certificar que:

El señor **EDGAR ENRIQUE ROYERO CABALLERO** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 77.102.975 de Chiriguaná (Cesar), laboró en esta compañía desde el 12 de septiembre de 2.005 al 23 de febrero de 2.006 y del 3 de marzo de 2.006 al 14 de mayo de 2.006, desempeñando el cargo de Operador de Recicladora, bajo un Contrato Individual de Trabajo por la Duración de Una obra o Labor Determinada, su motivo de retiro fue por renuncia voluntaria.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los quince (15) días del mes de mayo de 2.006.

Atentamente,

CROMAS S.A.

LINA MARIA BARGUIL MANRIQUE
Gerente

LMBM/ysv

Carrera 18A No. 39A - 68 • Telefax: 288 61 00 - 288 13 17 • Celular: (310) 224 07 18
E-mail: cromassa@hotmail.com • Bogotá, D.C. - Colombia

COLABORAM
Cooperativa de Trabajo Asoc

Bogotá D.C., 02 de Noviembre de 2005

EL COORDINADOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN HUMANA
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ***EDGAR ENRIQUE ROYERO CABALLERO*** *con cédula de ciudadanía No.****77.102.975*** *se encuentra asociado(a) a la* ***COOPERATIVA COLABORAMOS,*** *presta mediante un Acuerdo Cooperativo de Trabajo Asociado, presta sus servicios en la unidad estratégica de Negocios de Colaboramos en* ***VIAS S.A.****, desde el 30 de Marzo de 2005. Se desempeña como* ***OPERARIO FRESADOR***

Cordialmente,

BLANCA MÓNICA CIFUENTES
Coordinador de Gestión Humana
Colaboramos Bogota

CSS CONSTRUCTORES S.A.

CONTRATO NO. 48 DE 2003.
ADECUACIÓN DE LA TRONCAL DE LAS AMÉRICAS PARA ELSISTEMA TRANSMILENIO, TRAMO 4: POR LA AVENIDA CIUDAD DE CALI, DESDE LA AVENIDA MANUEL CEPEDA VARGAS HASTA EL PORTAL DE LAS AMERICAS EN BOGOTÁ D.C.

CSS CONSTRUCTORES S.A.
NIT. 832.006.599-5

CERTIFICA QUE

El Señor EDGAR ENRIQUE ROYERO CABALLERO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 77,102,975 de CHIRIGUANA (CES), laboró en nuestra compañía desde el 21 de Octubre de 2003 hasta el dia 19 de Marzo de 2004, desempeñando el cargo de OPERADOR

Se expide en Bogotá, a los Veinte (20) días del mes de Marżo de 2004.

OSCAR ESTUPIÑÁN CHAMORRO
Ing. Director de Obra

IC GAYCO S.A.
INGENIEROS CONSTRUCTORES

ICONTEC
CERTIFICADO DE GESTION DE LA CALIDAD

INGENIEROS CONSTRUCTORES GAYCO S.A.
NIT: 860.034.551-3

CERTIFICA QUE:

El Señor **EDGAR ENRIQUE ROYERO CABALLERO** identificado con Cedula de Ciudadanía No. 77.102.975 expedida en Chiriguana, laboro en nuestra compañía desde el 20 de Agosto de 2002 hasta el 15 de Junio de 2003, desempeñando el cargo de **OPERADOR DE COMPACTADOR, RECICLADORA Y FRESADORA**

Se expide en Bogota, a los veintitrés (23) días del mes de Marzo de 2005

GAYCO S.A.
INGENIEROS CONSTRUCTORES

MARTHA SOFIA RANGEL
Jefe de Talento Humano

Elaboró: VRR

Revisó: MSR

IC GAYCO S.A.
INGENIEROS CONSTRUCTORES

ICONTEC
CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

INGENIEROS CONSTRUCTORES GAYCO S.A.
NIT: 860.034.551-3

C E R T I F I C A Q U E:

El señor **EDGAR ENRIQUE ROYERO CABALLERO**, Identificado con cédula de ciudadanía No. 77.102.975 de Chiriguaná-Cesar, laboró en nuestra Compañía durante varios períodos a saber:

- Primer período comprendido entre el 18 de Agosto al 18 de Septiembre de 1998, desempeñando el cargo de OBRERO AYUDANTE DE SERVICIOS GENERALES
- Segundo período del 28 de septiembre al 23 de diciembre de 1998 desempeñando el cargo de AYUDANTE DE RECICLADORA
- Tercer período del 12 al 28 de Enero de 1999, desempeñando el cargo de OBRERO AYUDANTE SERVICIOS GENERALES
- Cuarto período del 2 de Febrero de 1999 al 23 de Febrero del 2000, desempeñando el cargo de OBRERO AYUDANTE SERVICIOS GENERALES
- Quinto período del 24 de Febrero al 30 de Abril del 2000, desempeñando el cargo de OPERADOR RECICLADORA
- Sexto período del 10 de Agosto de 2001 al 9 de Agosto de 2002, desempeñando el cargo de OPERADOR COMPACTADOR

Se expide en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de Julio de 2003

Cordialmente,

PAULA ANDREA CAICEDO MARTINEZ
Jefe de Talento Humano

ICEIN

ICEIN S.A
PBX: (57) (1) 6112922 • FAX: (57) (1) 6112957
Calle 100 No. 8 A - 49 Piso 9
Edificio World Trade Center
Bogotá - Colombia
icein@icein.com.co

LA SUSCRITA DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que el señor EDGAR ENRIQUE ROYERO CABALLERO, identificado con cédula de ciudadanía 77.102.975, trabaja para esta compañía desde el primero (01) de Octubre del año dos mil diez (2010), con contrato por duración de una obra, desempeñando el cargo de ***Operador Maquinaria,*** tiene una asignación salarial mensual de un millón trescientos cuarenta y ocho mil cuatrocientos noventa pesos ($1.348.490), y devenga un promedio de horas extras de ciento cuarenta y dos mil novecientos noventa y cuatro pesos ($142.994).

El señor Royero laboró anteriormente con nosotros en contratos sucesivos por duración de una obra en el período del veintiuno (21) de Julio de dos mil seis (2006), al treinta (30) de Septiembre de dos mil diez (2010).

La presente certificación se expide a solicitud del interesado (a) a los veintiocho (28) días del mes de Mayo de dos mil doce (2012).

ICEIN S.A.S
Ingenieros Constructores
CLAUDIA P. HERNANDEZ PARAMO
Directora de Recursos Humanos
DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS

ICEIN

ICEIN S.A
PBX: (57) (1) 6112922 • FAX: (57) (1) 6112957
Calle 100 No. 8 A - 49 Piso 9
Edificio World Trade Center
Bogotá - Colombia
icein@icein.com.co

LA SUSCRITA DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que el señor **EDGAR ENRIQUE ROYERO CABALLERO,** identificado con cédula de ciudadanía 77.102.975, trabajó para esta compañía del primero (01) de Octubre de dos mil diez (2010), al treinta y uno (31) de Mayo del año dos mil doce (2012), desempeñando el cargo de ***Operador Maquinaria: Fresadora.***

La presente certificación se expide a los veinticinco (25) días del mes de Junio de dos mil doce (2012).

ICEIN S.A.S.
Ingenieros Constructores
CLAUDIA P. HERNANDEZ PARAMO
Directora de Recursos Humanos
DIRECTORA DE RECURSOS HUMA

Conalvías
Construcciones

CAPITAL HUMANO

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) ROYERO CABALLERO EDGAR ENRIQUE, identificado con la cedula de ciudadanía No 77102975 laboró para nuestra compañía con un contrato de trabajo por duración de OBRA O LABOR CONTRATADA, desde 5/14/2014 hasta 28 DE AGOSTO DE 2015, en el cargo de OPERADOR DE RECICLADORA DE ASFALTO, devengando un salario mensual de $1741800

El presente certificado se expide a solicitud del interesado en Pore, a los 28 días del mes de AGOSTO del año 2014 (Dos Mil Catorce)

Cordialmente,

OLGA BONILLA REYES
JEFE CAPITAL HUMANO
Proyecto Ruta del Sol
Conalvías Equipos S.A.

Conalvías

Instituto R.I

Instituto de Educación No formal Resolución Licencia Nº 5318 del 24 de Julio de 1997
otorgada por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C
Licencia de prestación de servicios de Salud Ocupacional Resolución 1717 del 30 de Marzo de 2000
otorgada por la Secretaria de Salud de Bogotá, D.C

HACE CONSTAR QUE

EDGAR ROYERO
C.C Nº 77.102.975

Asistió a la capacitación teórico práctica
OPERACIÓN SEGURA MÁQUINA FRESADORA
Esta constancia no es válida como certificación ni aprobación del curso

Duración : 04 horas
Realizada en Bogotá, el día 25 de Mayo de 2012

Director Instituto R.I

Empresa Contratante



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA
IDENTIFICACION:	NI 901529301

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80351270	2022-1-13	CC 1124190686
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
SERRATO CASTILLO	LAURA MARCELA	1989-12-22
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
VEREDA PUENTE ARIMENA	META	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
PUERTO GAITAN - Meta	GRUPOLHS@GRUPOLHS.COM	4964215
Celular	**Sexo**	
3118893078	Femenino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
REGULADOR DE TRANSITO	$1,000,000.00	Medimas E.P.S. S.A.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-13	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

medimás EPS 5000658580

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación
3996054	17/01/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: SERRATO	Segundo apellido: CASTILLO	Primer nombre: LAURA	Segundo nombre: MARCELA
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1124190686	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	10. Fecha de nacimiento: 22/12/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:	2.3	09

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
COLMENA CIA	PORVENIR S.A.	1.000.000

18. Residencia			
Dirección: VEREDA PTE ARIMENA	Teléfono fijo: 3202747	Teléfono celular: 3115797715	Correo electrónico: LAURASERRATO2019@gmail.com
Municipio/Distrito: PUERTO GAITÁN	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: META

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Corporacion Mi Ips Llanos Orientales - Ips Puerto Gaitan	3995
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 de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
CONSORCIO SD VICHADA	NI	901529301	1

39. Ubicación				
Dirección: CRA 86 51 - 66 OFC 204	Teléfono: 3456777	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: Bogota D.C.	Departamento: BOGOTA, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de 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 documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 1 3 0 1 2 0 2 2
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, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales .
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Laura Marcela Serato	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

OBSERVACIONES: 1093756139 Wilmer Armando Peñaranda Diaz

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

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	1124190686
NOMBRES	LAURA MARCELA
APELLIDOS	SERRATO CASTILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO GAITAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	MEDIMAS EPS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/12/2022 14:15:31	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Imagen de informes

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2022-01-07

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1124190686	LAURA	MARCELA	SERRATO	CASTILLO	F

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2022-01-07

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	Contributivo	23/02/2020	Activo	BENEFICIARIO	PUERTO GAITAN

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2022-01-07

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2022-01-07

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2022-01-07

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2021-11-30

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2022-01-07

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2021-11-30

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

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:

LAURA MARCELA SERRATO CASTILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.190.686**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 12 de Enero del 2022.

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.

Ilegible

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

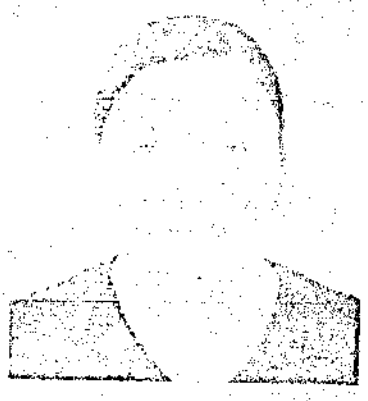
NUMERO **1.124.190.686**
SERRATO CASTILLO

APELLIDOS
LAURA MARCELA

NOMBRES

LAURA MARCELA SERATO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1989**
LA PALMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

30-JUL-2008 CUBARRAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5201500-00168992-F-1124190686-20090813 0014885716A 3 24804623

Grupo Preferencial Sanar I.P.S
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.387

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMITADA	CONSORCIO SD VICHADA
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)

SERRATO CASTILLO LAURA MARCELA	Genero: FEMENINO	Edad: 32 AÑOS 0 MESES 17 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo) 1124190686 (Número)
Apellidos y Nombres	Teléfonos		

Cargo
REGULADOR DE TRANSITO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) — N/A

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	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	EXAMEN DE LABORATORIO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL EPS POR MEDICO GENERAL Y NUTRICIONISTA/ EVITAR EL SEDENTARISMO / CAMBIOS DE HABITOS DIETARIOS HIGIENE POSTURAL/PAUSAS ACTIVAS/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITARSE EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR / HABITO DE VIDA SALUDABLES/ SE SUGIERE USO DE REPOSA MUÑECAS PARA TECLADO Y MOUSE/ REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL/ CONTROL ANUAL PERIÓDICO POR MEDICO, OPTOMETRIA Y AUDIOMETRIA OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST/ CUMPLIR PROTOCOLOS COVID-19

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	Aspirante o Trabajador
Firma: Carlos Hernando Rios Weneydy MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL Reg. 5640 - Licencia 4958 M.S.M.	Firma: LAURA SERRATO
Nombre: RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO	Nombre: SERRATO CASTILLO LAURA MARCELA
R. M.: 5640 L.S.O.: 4958	CC: 1124190686



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA
IDENTIFICACION:	NI 901529301

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80351164	2022-1-13	CC 1006489746
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
SOMOSA MARTINEZ	ANDRES ALBERTO	1999-5-9
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
VEREDA PUENTE ARIMENA	META	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
PUERTO GAITAN - Meta	GRUPOLHS@GRUPOLHS.COM	4964215
Celular	**Sexo**	
3118893078	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AYUDANTE DE OBRA	$1,000,000.00	E.P.S. Famisanar Ltda.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-13	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9008354700

9008354700

No. de Radicación: 23009750

Fecha de Radicación: 18 01 2022

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

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ___ B. Registro de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia X - Beneficiario o afiliado adicional ___ B. Cónyuge ___ C. Independiente ___ D. Pensionado ___
3. Régimen: A. Contributivo X B. Subsidiado ___
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante X B. Cabeza de familia ___ C. Beneficiario ___
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente X B. Independiente ___ C. Pensionado ___
Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres				
	SOMOSA	MARTINEZ	ANDRES	ALBERTO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1006489746	Femenino ___ Masculino X	09 05 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Tipo ___ Ocupación ___ — 12. Nivel educativo — COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A — 14. Parentesco con el cotizante — 15. Estado civil

17. Ingreso base de cotización (IBC): $1.000.000 — 18. Residencia: Zona Urbana ___ Rural ___ — Departamento — Municipio

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

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
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ___ Masculino ___	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01						
02						
03						
04						
05						

	31. Tipo: F. ___ N. ___ M. ___	32. Ocupación	33. Municipio / Distrito	34. Zona: Urbana ___ Rural ___	35. Departamento	36. Teléfono (si lo tiene)	37. Código del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

Selección de la IPS Primaria

	38. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
07		
08		
09		

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

39. Nombre o razón social	40. Tipo de documento de identificación	41. Número del documento de identificación	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
CONSORCIO SD VICHADA	NT	901529301		
43. Ubicación				
CRA 86 51 66 OF 204	3456777		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ___ 2. Corrección de datos básicos de identificación ___ 3. Actualización de documento de identidad ___ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ___ 5. Solicitud de la inscripción en la EPS ___ Código ___ 6. Reactivación en la EPS ___ 7. Inclusión de beneficiarios / de afiliados adicionales ___ 8. Exclusión de beneficiarios / de afiliados adicionales ___ 9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para cotizar X 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ___ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ___ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ___ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ___ B. Régimen Subsidiado ___ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ___ B. Diferente Régimen ___ 15. Retiro de fallecimiento ___ 16. Reporte de semanas de cotización ___ 17. Reporte de la cuenta de alto monto ___ 18. Reporte de la cuenta de mediana cuantía ___

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. Datos básicos de identificación

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ___ Masculino ___	Fecha de nacimiento	46. Fecha novedad
				13 01 2022

47. EPS anterior	48. Motivo de traslado	49. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

50. Declaración de libre elección y solicitud de vinculación al sistema de seguridad social.
51. Declaración de no estar obligado a cotizar a otro régimen, subsistema o sistema especial.
52. Declaración de veracidad de la información suministrada y entrega de los documentos que acreditan la identidad de las personas.
53. Declaración de no encontrarse disfrutando de pensión, cesantías o auxilio de desempleo en ningún régimen de seguridad social.
54. Declaración para que la EPS reporte a Migración Colombia, que se genere de la afiliación o las novedades, cambios de datos, de afiliados registrados y que no tengan permiso vigente para estar cotizando en Colombia.
55. Autorización para que la EPS realice el descuento, que se genere de la afiliación o las novedades, cambios de datos, de afiliados registrados y que no tengan permiso vigente para estar cotizando en Colombia.
56. Autorización para que la EPS realice el descuento del cónyuge o compañero(a) permanente, de los beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1401 de 2012 y el Decreto 1207 de 2012.
57. Autorización para que la EPS envíe información a los números celulares y correos electrónicos registrados.

VIII. FIRMAS

Andres Somosa

IX. ANEXOS

58. Anexo copia del documento de identidad
59. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
60. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial, para acreditar la calidad de hijastro.
61. Copia de la escritura pública o Sentencia judicial que declare la unión marital de hecho, cuando se requiera acreditar la conformación de beneficiarios, mediante escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial, cuando la normatividad lo exija.
62. Copia del certificado de soltería o acta de liquidación de la sociedad conyugal.
63. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
64. Copia del documento en que conste la patria potestad, o en ausencia de este, copia de la partida de nacimiento del menor, de la persona o la declaración escrita por el cotizante bajo la gravedad de juramento.
65. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
66. Certificación de inscripción a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
67. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de funcionario o se acredite la utilización de fondos.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

68. Identificación de la entidad Territorial: Código de municipio	Código de departamento	69. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	70. Fecha de radicación	71. Fecha de validación

72. Datos del funcionario que realiza la validación

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

73. Firma del funcionario

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

Cambio Empleo

INTERNET

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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	1006489746
NOMBRES	ANDRES ALBERTO
APELLIDOS	SOMOSA MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO GAITAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/08/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/12/2022 13:53:59	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

la-proteccion-de-datos-de-los-colombianos.aspx)

ROAF Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2022-01-07

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1006489746	ANDRES	ALBERTO	SOMOSA	MARTINEZ	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2022-01-07

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	Contributivo	01/08/2021	Activo	COTIZANTE	PUERTO GAITAN

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2022-01-07

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2020-11-14	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2022-01-07

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
Seguros de Vida Suramericana	2021-07-06	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A LA CRÍA ESPECIALIZADA DE GANADO PORCINO	Meta- PUERTO GAITÁN

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2022-01-07

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2021-11-30

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2022-01-07

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2021-11-30

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co (mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co)
Términos y Condiciones de uso. (/Documents/Ministerio/Terminos%20y%20Condiciones%20de%20uso%20del%20portal%20web_Octubre%202012x.pdf)
Ultima Actualización : miércoles, 12 de enero de 2022

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del pais: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Versión 2.4

(http://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-Una-Entidad-Transparente-en-la-Gestion-Publica.aspx)

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:

ANDRES ALBERTO SOMOSA MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.489.746**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 12 de Enero del 2022.

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.



FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-1999

OROCUE
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-JUN-2017 PUERTO GAITAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-5204300-00973726-M-1006489746-20180129 0059330774A 1 48442063

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.489.746

SOMOSA MARTINEZ
APELLIDOS

ANDRES ALBERTO
NOMBRES

Andres Albeitos
FIRMA



Grupo Preferencial Sanar I.P.S
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.440

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO CON ALTURAS

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

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMITADA	CONSORCIO SD VICHADA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

SOMOSA MARTINEZ ANDRES ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO Teléfonos	22 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC Tipo	1006489746 Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

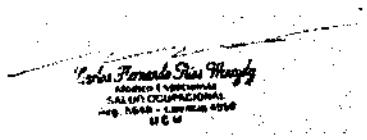
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PSICOLOGIA ALTURAS	✓
HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGÚN LA EVALUACION MEDICA, PRUEBAS CLINICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO, SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /CAPACITAR PARA TRABAJO EN ALTURAS /VERIFICAR CONDICIONES FISICAS Y PSICOLOGICAS AL REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /LA EMPRESA CUMPLIRA LA RESOLUCION 1409 DE 2012/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ ACUDIR A ENTRENAMIENTOS LOCALES EN AREAS DE OPERACIÓN/CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIO CLINICO OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SG-SST/ SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	Andres Alberto
Nombre:	RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO	Nombre:	SOMOSA MARTINEZ ANDRES ALBERTO
R. M.:	5640 L.S.O.: 4958	CC:	1006489746

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1193672	
RAZON SOCIAL	CONSORCIO SD VICHADA	
IDENTIFICACION:	NI 901529301	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
80530773	2022-1-25	CC 1124830585
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
ROSAS SANCHEZ	YULY BELIZA	1997-1-12
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
VEREDA PUENTE ARIMENA	VEREDA PUENTE ARIMENA	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
PUERTO GAITAN - Meta	yulybelizarosas@gmail.com	3456777
Celular	**Sexo**	
3203425681	Femenino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AUXILIAR ADMIN DE MAQUINARIA Y EQUIPO	$1,000,000.00	Nueva EPS
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2022-1-25	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados Colmena Seguros ® - 2009

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/01/2022, el empleador CONSORCIO SD VICHADA identificado con NIT número 901529301 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4063975	26/01/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1124830585	YULYBELIZA ROSAS SANCHEZ	1000000	AUXILIAR DE EQUIPOS	2022-01-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Enero del año 2022.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

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	1124830585
NOMBRES	YULY BELIZA
APELLIDOS	ROSAS SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO GAITAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/24/2022 08:37:01	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

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:

YULY BELIZA ROSAS SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.830.585**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Enero del 2022.

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.124.830.585**
ROSAS SANCHEZ

APELLIDOS
YULY BELIZA

NOMBRES
Yuly Rosas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1997**
PUERTO GAITAN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

20-MAR-2015 PUERTO GAITAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5204300-00707891-F-1124830585-20150524 0044280963A 1 42325137

Grupo Preferencial Sanar I.P.S
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.831

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMITADA	CONSORCIO SD VICHADA
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)

ROSAS SANCHEZ YULY BELITZA	Genero: FEMENINO	Edad: 25 AÑOS 0 MESES 8 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo) 1124830585 (Número)
Apellidos y Nombres	Teléfonos		

Cargo
AUXILIAR ADMINSITRATIVO DE MAQUINARIA Y EQUIPOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

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	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	EXAMEN DE LABORATORIO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL/PAUSAS ACTIVAS/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITARSE EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR / HABITO DE VIDA SALUDABLES/ SE SUGIERE USO DE REPOSA MUÑECAS PARA TECLADO Y MOUSE/ REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL/ CONTROL ANUAL PERIÓDICO POR MEDICO, OPTOMETRIA Y AUDIOMETRIA OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST/SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19.

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 mi 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Oscar A. Aguas L. Médico CX Gral. Esp Medicina Ocupacional R.M. 50108-98	Yuly Rosas
Firma:	Firma:
Nombre: AGUAS LEAL OSCAR ALBERTO	Nombre: ROSAS SANCHEZ YULY BELITZA
R. M.: 50108-98 (M.C) L.S.O.: 3685 (M.O)	CC. 1124830585

21 ene/22

A Paso Firme
Puerto Gaitán
2020-2023

La Alcaldía Municipal de Puerto Gaitán "A Paso Firme"

En cumplimiento con el artículo 9 de la ley 114 de 1996

Certifica que:

Yuly Beliza Rosas Sanchez

Identificado con: **Cedula de Ciudadanía No. 1.124.830.585**

Asistió y participó en la capacitación Básica de las Herramientas Ofimáticas de la Suite de Office (Word, Excel y Power Point).

Con una duración de **40 horas**

Expedido en la Secretaría Social, Cultura y Deporte el 10 de diciembre de 2021

Diego L. Ulloa Prada

Diego Libardo Ulloa Prada
Capacitador Punto Vive Digital

Sandra Milena Castañeda Vargas
Secretaría Social, Cultura y Deporte

Jorge Edelio Plazas Hernández
Alcalde Municipio Puerto Gaitán

Puerto Gaitán Tierra Natural

Secretaria Social Cultura & Deporte

Punto vive digital Puerto Gaitán

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900804216
Número Afiliación:	237172
Razón social:	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	17390553
Nombre:	GARCIA GUERRERO CARLOS BRITO
Fecha Ingreso:	19/01/2022
Salario básico:	1,400,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	8
Centro de trabajo:	50
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/1/2022 10:35:17 PM

Certificado de Afiliación

El Señor GARCIA GUERRERO CARLOS BRITO , identificado con Cédula Ciudadanía 17.390.553, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud
POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	GARCIA GUERRERO CARLOS BRITO		
Número de identificación:	17390553	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	11/06/2018	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CENTRO POBLADO VDA PTE ARIMENA	Municipio residencia:	Puerto Gaitan
Teléfono actual de residencia:	3115298	Depto. Residencia:	META

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
900804216	ASBE CONSTRUCCIONES SAS	19/01/2022	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 17 días del mes de Enero de 2022, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro: Beatriz Carmenza Bartolo Suarez

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:

GARCIA GUERRERO CARLOS BRITO, identificado(a) con cédula de ciudadanía 17.390.553, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Enero del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

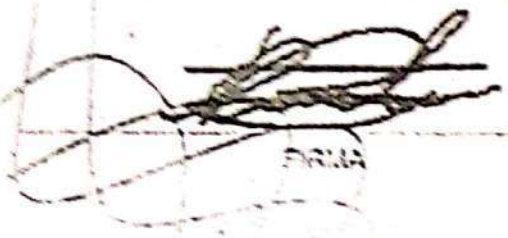
En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.390.553
GARCIA GUERRERO

APELLIDOS
CARLOS BRITO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1980
PUERTO LOPEZ
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

30-ABR-1999 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00073581-M-0017390553-20080918 0003484362A 1 6720000014

Escaneado con CamScanner

Grupo Preferencial Sanar I.P.S
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.521

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO CON ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ASBE CONSTRUCTORES SAS	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación
GARCIA GUERRERO CARLOS BRITO	MASCULINO	41 AÑOS 3 MESES 7 DÍAS	CC (Tipo) 17390553 (Número)
	Teléfonos		

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	**SI**
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**SI**

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	✓	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE CORRECION VISUAL PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE INDICA EVITAR EL SEDENTARISMO Y REALIZAR CAMBIOS DE HÁBITOS DIETARIOS
SEGÚN LA EVALUACION MEDICA, PRUEBAS CLINICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO, SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /CAPACITAR PARA TRABAJO EN ALTURAS /VERIFICAR CONDICIONES FISICAS Y PSICOLOGICAS AL REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /LA EMPRESA CUMPLIRA LA RESOLUCION 1409 DE 2012/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ ACUDIR A ENTRENAMIENTOS LOCALES EN AREAS DE OPERACIÓN/CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIO CLINICO OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SG-SST/ SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO	**Nombre:**	GARCIA GUERRERO CARLOS BRITO
R. M.:	5640 **L.S.O.:** 4958	**CC:**	17390553

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900804216
Número Afiliación:	237172
Razón social:	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1124827264
Nombre:	CARTOS FERNANDO GARCIA RODRIEGUEZ
Fecha Ingreso:	19/01/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	8
Centro de trabajo:	50
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/1/2022 10:10:46 PM

Certificado de Afiliación

El Señor CARTOS FERNANDO GARCIA RODRIGUEZ , identificado con Cédula Ciudadanía 1.124.827.264, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud
POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	CARTOS FERNANDO GARCIA RODRIGUEZ		
Número de identificación:	1124827264	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/09/2020	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CENTRO POBLADO VDA PTE ARIMENA	Municipio residencia:	Puerto Gaitan
Teléfono actual de residencia:	3115298	Depto. Residencia:	META

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
900804216	ASBE CONSTRUCCIONES SAS	19/01/2022	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 17 días del mes de Enero de 2022, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro: Beatriz Carmenza Bartolo Suarez

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:

CARTOS FERNANDO GARCIA RODRIGUEZ**,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124**.827.264, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2022.

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.124.827.264**

GARCIA RODRIGUEZ

APELLIDOS

CARTOS FERNANDO

NOMBRES

Carlos Garcia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-FEB-1995**

PUERTO GAITAN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-MAR-2013 PUERTO GAITAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5204300-00438771-M-1124827264-20130606 0033325680A 1 39997815

Escaneado con CamScanner

Grupo Preferencial Sanar I.P.S
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.519

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

ASBE CONSTRUCTORES SAS	ASBE CONSTRUCTORES SAS
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)

GARCIA RODRIGUEZ CARTOS FERNANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	26 AÑOS 11 MESES 10 DÍAS	CC	1124827264
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	**SI**
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

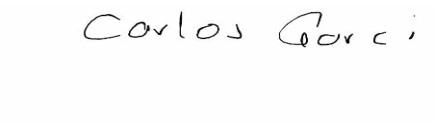
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGÚN LA EVALUACION MEDICA, PRUEBAS CLINICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO, SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /CAPACITAR PARA TRABAJO EN ALTURAS /VERIFICAR CONDICIONES FISICAS Y PSICOLOGICAS AL REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /LA EMPRESA CUMPLIRA LA RESOLUCION 1409 DE 2012/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ ACUDIR A ENTRENAMIENTOS LOCALES EN AREAS DE OPERACIÓN/CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIO CLINICO OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SG-SST/ SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO	**Nombre:**	GARCIA RODRIGUEZ CARTOS FERNANDO
R. M.:	5640 **L.S.O.:** 4958	**CC:**	1124827264

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900804216
Número Afiliación:	237172
Razón social:	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1007442266
Nombre:	JONATAN ESTEBAN ALFONSO ORTIZ
Fecha Ingreso:	11/01/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	8
Centro de trabajo:	50
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	9/1/2022 7:03:33 PM

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JONATAN ESTEBAN ALFONSO ORTIZ identificado(a) con CC 1007442266 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**1 1 /01/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**NUEVA EPS PUERTO GAITAN**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 09 días del mes de enero del año 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALFONSO ORTIZ JONATAN ESTEBAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.442.266**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 9 de Enero del 2022.

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.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.442.266

ALFONSO ORTIZ

APELLIDOS
JONATAN ESTEBAN

NOMBRES

JHONATAN esteban

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-ENE-2001
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-MAR-2019 PUERTO GAITAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-5204300-01082547-M-1007442266-20190710 0066197880A 1 1495387196



Grupo Preferencial Sanar I.P.S

Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.301

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ASBE CONSTRUCTORES SAS	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación
ALFONSO ORTIZ JONATAN ESTEBAN	MASCULINO	20 AÑOS 11 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo) 1007442266 (Número)
	Teléfonos		

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI

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	✓	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL / PAUSAS ACTIVAS FRECUENTES DE 5 MINUTOS CON ENFASIS DE MANOS / ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ SEGUIR TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COVID-19.

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO	Nombre: ALFONSO ORTIZ JONATAN ESTEBAN
R. M.: 5640 L.S.O.: 4955	CC: 1007442266

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900804216
Número Afiliación:	237172
Razón social:	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	8192494
Nombre:	JULIO CESAR MONTENEGRO
Fecha Ingreso:	11/01/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	8
Centro de trabajo:	50
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	9/1/2022 6:54:31 PM

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JULIO CESAR MONTENEGRO identificado(a) con CC 8192494 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 1 1 /01/2022

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: NUEVA EPS PUERTO GAITAN

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 09 días del mes de enero del año 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIO CESAR MONTENEGRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **8192494,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de enero de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **8.192.494**
MONTENEGRO
APELLIDOS
JULIO CESAR
NOMBRES



Julio Cesar Montenegro
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAR-1974**
PUERTO GAITAN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-JUL-1995 PUERTO GAITAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1510900-00855801-M-0008192494-20161014 0051849716A 1 1744138659



Grupo Preferencial Sanar IPS
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co

N° 23.291

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

ASBE CONSTRUCTORES SAS	ASBE CONSTRUCTORES SAS
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)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MONTENEGRO JULIO CESAR	MASCULINO	47 AÑOS 9 MESES 11 DÍAS	CC	8192494
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS — SI

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	✓	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE INDICA EVITAR EL SEDENTARISMO Y REALIZAR CAMBIOS DE HÁBITOS DIETARIOS
HIGIENE POSTURAL / PAUSAS ACTIVAS FRECUENTES DE 5 MINUTOS CON ENFASIS DE MANOS / ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ SEGUIR TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COVID-19.

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

Carlos Hernando Rios Weneydy
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
Reg. SGSA - Licencia 4958
LICM

Firma:
Nombre: RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO
R. M.: 5640 L.S.O.: 4958

Aspirante o Trabajador

JULIO CESAR M

Firma:
Nombre: MONTENEGRO JULIO CESAR
CC: 8192494

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900804216
Número Afiliación:	237172
Razón social:	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1124820067
Nombre:	MARIO ARCESIO MARTINEZ INFANTE
Fecha Ingreso:	19/01/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	8
Centro de trabajo:	50
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/1/2022 10:28:50 PM

Certificado de Afiliación

El Señor MARIO ARCESIO MARTINEZ INFANTE , identificado con Cédula Ciudadanía 1.124.820.067, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud
POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	MARIO ARCESIO MARTINEZ INFANTE		
Número de identificación:	1124820067	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	20/11/2020	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CENTRO POBLADO VDA PTE ARIMENA	Municipio residencia:	Puerto Gaitan
Teléfono actual de residencia:	3115298	Depto. Residencia:	META

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
900804216	ASBE CONSTRUCCIONES SAS	19/01/2022	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 17 días del mes de Enero de 2022, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro: Beatriz Carmenza Bartolo Suarez

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:

MARIO ARCESIO MARTINEZ INFANTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.8**20.067, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2022.

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.124.820.067**

MARTINEZ INFANTE

APELLIDOS

MARIO ARCESIO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-2002**

PUERTO GAITAN
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-SEP-2020 PUERTO GAITAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-5204300-01207260-M-1124820067-20210203 **0073**308145A 1 8501409497

Escaneado con CamScanner

Grupo Preferencial Sanar I.P.S
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.517

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO CON ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ASBE CONSTRUCTORES SAS	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación
MARTINEZ INFANTE MARIO ARCESIO	MASCULINO	19 AÑOS 8 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo) 1124820067 (Número)
	Teléfonos		

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI

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	✓	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGÚN LA EVALUACION MEDICA, PRUEBAS CLINICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO, SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /CAPACITAR PARA TRABAJO EN ALTURAS /VERIFICAR CONDICIONES FISICAS Y PSICOLOGICAS AL REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /LA EMPRESA CUMPLIRA LA RESOLUCION 1409 DE 2012/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ ACUDIR A ENTRENAMIENTOS LOCALES EN AREAS DE OPERACIÓN/CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIO CLINICO OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SG-SST/ SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO	**Nombre:**	MARTINEZ INFANTE MARIO ARCESIO
R. M.:	5640 **L.S.O.:** 4958	**CC:**	1124820067

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900804216
Número Afiliación:	237172
Razón social:	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	86067724
Nombre:	YIMIN EMILIO PINZON DIAZ
Fecha Ingreso:	19/01/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	8
Centro de trabajo:	50
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/1/2022 10:21:09 PM

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) YIMIN EMILIO PINZON DIAZ identificado(a) con CC 86067724 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: **1 9/01/2022**

Estado de la Afiliación: **ACTIVO**

IPS: **NUEVA EPS PUERTO GAITAN**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 17 días del mes de enero del año 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YIMIN EMILIO PINZON DIAZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **86067724,** se encuentra afiliado/a desde 1**1/02/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de enero de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 86.067.724

PINZON DIAZ

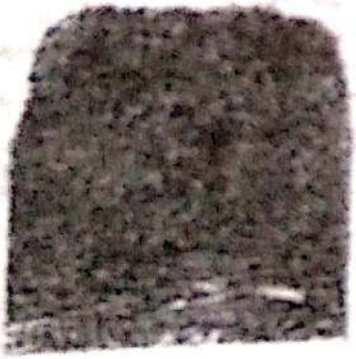
APELLIDOS

YIMIN EMILIO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1980

SANTA ROSALIA
(VICHADA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

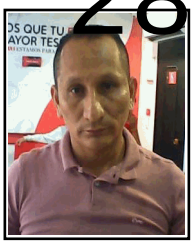
29-ABR-1998 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Escaneado con CamScanner

Grupo Preferencial Sanar I.P.S
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.516

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO CON ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ASBE CONSTRUCTORES SAS	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación
PINZON DIAZ YIMIN EMILIO	MASCULINO	41 AÑOS 5 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo) 86067724 (Número)
	Teléfonos		

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

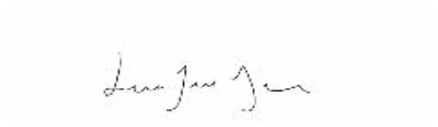
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE CORRECION OPTICA PARA VISION PROXIMA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGÚN LA EVALUACION MEDICA, PRUEBAS CLINICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO, SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /CAPACITAR PARA TRABAJO EN ALTURAS /VERIFICAR CONDICIONES FISICAS Y PSICOLOGICAS AL REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /LA EMPRESA CUMPLIRA LA RESOLUCION 1409 DE 2012/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ ACUDIR A ENTRENAMIENTOS LOCALES EN AREAS DE OPERACIÓN/CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIO CLINICO OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SG-SST/ SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO	**Nombre:**	PINZON DIAZ YIMIN EMILIO
R. M.:	5640 **L.S.O.:** 4958	**CC:**	86067724

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 900804216
Número Afiliación: 237172
Razón social: ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 18112879
Nombre: RAUL MAVISOY CUCHALA
Fecha Ingreso: 05/01/2022
Salario básico: 1,100,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 5
Centro de trabajo: 1
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 04/01/2022 10:20:40 a.m.

Emssanar
¡Siempre cerca de Usted!

EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No. 15233 libro IX. Octubre 24 de 2016
Nit. 901 021 565 - 8

más fácil
más seguro

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) RAUL MAVISOY CUCHALA identificado(a) con CC 18112879, se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de Emssanar S.A.S. por ASBE CONSTRUCCIONES SAS NI 900804216 en la calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
05/ene./2022	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
05/ene./ 2022	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 04 días del mes de ene. de 2022.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del aportante

Información sujeta a verificación por parte de Emssanar S.A.S., cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000187050- Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

CARLOS FAJARDO PABÓN
GERENTE GENERAL

VIGILADO Supersolud

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:

RAUL MAVISOY CUCHALA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **18.112.879**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Enero del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

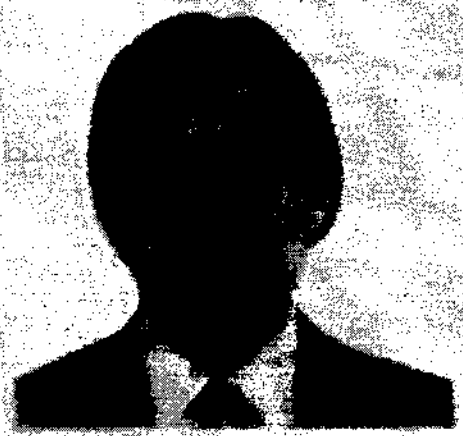
Tenga en cuenta:

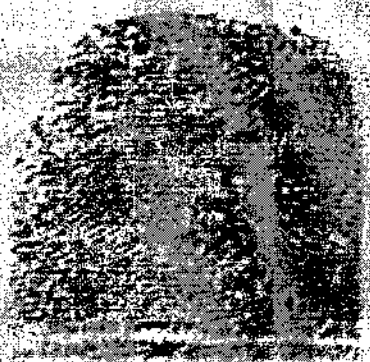
Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

18.112.879
MAVISOY CUCHALA

RAUL





FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1972

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-NOV-1990 SANTIAGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



A-6401502-0103830 M-0018112879-20190918 0062847935A 1 9905629015

NUEVA A.S.C.
Asesorías, Servicios y Capacitaciones en Salud

NUEVA A.S.C. EN SALUD TOTAL S.A.S.
NIT. 901.236.034-2

Calle 18 No. 10 - 44 Barrio Centenario, Caucasia - Antioquia
8391209 310 3942826 - 312 2595124 - 321 6114280
nuevascensalud@outlook.com www.nuevascsensaludocupacional.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: RAUL MAVISOY CUCHALA
Identificación: CC 18112879
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1972-01-24 Edad: 49 A
Dirección SAN GREGORIO
Teléfono: 3137694236
Empresa: ASBE COSNTRUCTORES S.A.S
Empresa en misión: ASBE COSNTRUCTORES S.A.S
Actividad económica:
Talla (mts): 1.55 Peso (kg): 57.0 IMC: 23,73 Grupo Sanguineo: O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
E.M.O INGRESO ORIENTADO AL RIESGO TRABAJO EN ALTURAS

Orden No.: 0039804 Fecha apertura: 20211230 07:21:01
Fecha cierre: 20220103 10:13:55
Realizado en: Caucasia - Antioquia

Cargo u Oficio: AYUDANTE DE OBRA

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA),GLICEMIA,VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA LABORAL,ESPIROMETRIA,PERFIL LIPIDICO,EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES LABORALES

Pausas Activas.
Uso de tapaboca.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Elementos de protección auditiva.
EPA según PVE.

RECOMENDACION EN ESPIROMETRIA

Control anual.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control optometrico en un año.
Debe utilizar gafas para leer.
Lentes monofocales policarbonato.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Apto para desempeñar el cargo

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

STEFANY ROZO A.

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: STEFANY PAOLA ROZO ALVAREZ
Especialidad: ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 20198060148003 Registro No.: 13370

RAUL MAVISOY

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 18112879

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900804216
Número Afiliación:	237172
Razón social:	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	8192059
Nombre:	ELMAN SUBIDER URBANO DURAN
Fecha Ingreso:	19/01/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	8
Centro de trabajo:	50
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/1/2022 9:44:26 PM

Certificado de Afiliación

El Señor ELMAN SUBIDER URBANO DURAN , identificado con Cédula Ciudadanía 8.192.059, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud
POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	ELMAN SUBIDER URBANO DURAN		
Número de identificación:	8192059	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/09/2020	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CENTRO POBLADO VDA PTE ARIMENA	Municipio residencia:	Puerto Gaitan
Teléfono actual de residencia:	3115298	Depto. Residencia:	META

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
900804216	ASBE CONSTRUCCIONES SAS	19/01/2022	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 17 días del mes de Enero de 2022, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro: Beatriz Carmenza Bartolo Suarez

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:

ELMAN SUBIDER URBANO DURAN**,** identificado(a) con cédula de ciudadanía 8.192.059, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2022.

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.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 8.192.059
URBANO DURAN

APELLIDOS
ELMAN SUBIDER

Elman Subider Duran Urbano

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1973
OROCUE
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

30-AGO-1993 PUERTO GAITAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00132391-M-0008192059-20081130 0007202313A 1 4090006614

Escaneado con CamScanner

Grupo Preferencial Sanar I.P.S
Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.520

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO CON ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ASBE CONSTRUCTORES SAS	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación
URBANO DURAN ELMAN SUBIDER	MASCULINO	48 AÑOS 6 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo) 8192059 (Número)
	Teléfonos		

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	**SI**
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**SI**

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	✓	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAQR CORRECION OPTICA PARA VISION PROXIMA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL/PAUSAS ACTIVAS/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITARSE EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR / HABITO DE VIDA SALUDABLES/ SE SUGIERE USO DE REPOSA MUÑECAS PARA TECLADO Y MOUSE/ REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL/ CONTROL ANUAL PERIÓDICO POR MEDICO, OPTOMETRIA Y AUDIOMETRIA OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST/ CUMPLIR PROTOCOLOS COVID-19

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO	**Nombre:**	URBANO DURAN ELMAN SUBIDER
R. M.:	5640 **L.S.O.:** 4958	**CC:**	8192059

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900804216
Número Afiliación:	237172
Razón social:	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1045142715
Nombre:	WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ
Fecha Ingreso:	11/01/2022
Salario básico:	1,400,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	8
Centro de trabajo:	50
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	9/1/2022 7:39:47 PM

medimás EPS

Certificado de Afiliación

El Señor WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ , identificado con Cédula Ciudadanía 1.045.142.715, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud
POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ		
Número de identificación:	1045142715	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	11/01/2022	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CENTRO POBLADO VDA PTE ARIMENA	Municipio residencia:	Puerto Gaitan
Teléfono actual de residencia:	3115298	Depto. Residencia:	META

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
900804216	ASBE CONSTRUCCIONES SAS	11/01/2022	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afillado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 09 días del mes de Enero de 2022, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE

Jose Alexander De Los Reyes Aldana
Gerente de Operaciones
Elaboro: Beatriz Carmenza Bartolo Suarez

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:

WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.045.142.715**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 9 de Enero del 2022.

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.045.142.715
MADRIGAL ORTIZ

APELLIDOS
WILSON FERNANDO

NOMBRES
Wilson Madrigal

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-FEB-1994
ZARAGOZA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-MAR-2012 ZARAGOZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0130100-00[illegible]018 M-1045142715-20[illegible] 0035049752A 1 37948379

José García Niebles

Médico Especialista en Salud Ocupacional
Resolucion SO: 60054316-2016 SSS y PSA

Cel: 323 420 5856 • Tel: 839 2896
Cra 2da No. 21 60
Caucasia - Antioquia
garcianij@hotmail.com

RUT: 15384141-0



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE:	ASBE CONSTRUCTORES	EMPRESA EN MISIÓN:	

INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] ALTURA [X] FECHA: 04.01.2022

NOMBRE: WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ C.C: 1045142715

CARGO: INSPECTOR EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CIUDAD: CAUCASIA

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO [X]
2. AUDIOMETRÍA [X]
3. ESPIROMETRÍA [X]
4. OPTOMETRÍA [ ]
5. VISIOMETRIA [X]
6. PRUEBA PSICOTÉCNICA [ ]
7. EVAL. OSTEOMUSCULAR [ ]
8. PRUEBA ABUSO DROGAS [ ]

LABORATORIOS [X]
HEMOGRAMA: Normal / / GLICEMIA: Normal / PERFIL LIPIDICO: Normal /
VISIOMETRIA: Normal / AUDIOMETRIA: Normal / ESPIROMETRIA: Normal /

CONCEPTO EXAMEN DE ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESP CON [X] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ]
APTO CON RECOMENDACIONES PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] POR MOTIVO DE
APLAZADO [ ] MOTIVO NO APLICA [ ]

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGÍA APARENTE [X]
CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR [ ]
APTO CON RESTRICCIÓN [ ] POR MOTIVO DE
APLAZADO [ ] POR MOTIVO DE
NO APTO PARA EL CARGO [ ] POR MOTIVO DE

NOTA: El presente certificado para laborar en altura tiene una vigencia de doce (12) meses a partir de la fecha de expedición, su vigencia se suspenderá temporalmente en caso de cuadros agudos relacionados con los criterios de no aptitud hasta tanto se resuelva la situación de origen de la suspensión.

EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGÍA APARENTE [ ] RETIRO CON PATOLOGÍA PARA SUGERIR EN EPS [ ]

EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO [ ]

SE SUGIERE REUBICACION LABORAL: TEMPORAL [ ] POR MOTIVO DE: PERMANENTE [ ] POR MOTIVO DE:

PRUEBA PSICOTÉCNICA

APTO [ ] NO APTO [ ] APTO CON RECOMENDACIONES [ ] FIRMA PSICOLOGA

CONDUCTA

MANEJO POR EPS / ARL		OCUPACIONALES			
Control Periodico PP por EPS	[ ]	Control periodico ocupacional	[ ]	Dieta	[ ]
Ramisión a EPS por	[ ]		[ ]	Ejercicio regular 3 veces/sem	[X]
Continuar manejo periodico	[ ]	Utilización de EPP	[X]	Dejar el habito de fumar	[ ]
Remision a ARL para manejo del caso	[ ]	Utilización de Ayudas Ergonomicas	[ ]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
Seguimiento caso ARL	[ ]	Realización de Pruebas Complementarias	[ ]		

Incluir en SVE: VISUAL [ ] AUDITIVO [ ] RESPIRATORIO [ ] ERGONÓMICO [ ] QUÍMICO [ ]
CARDIOVASCULAR [ ] PSICOLABORAL [ ] BIOLÓGICO [ ]

PP: programa de promoción y prevención de la salud: Higiene oral semestral; Citología cervicovaginal anual; Control de testículo anual; Control de seno anual; Control de próstata anual

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Recomendaciones en higiene postural. Pausas activas. Sensibilización de la importancia de los Estilos de Vida Saludables y el Autocuidado.	Usar EPP: Casco, guantes, gafas de protección, botas adecuadas, y arnés y linea de vida para trabajos en altura y espacios confinados.

La Resolución 2346 de 2007 reglamenta la práctica y y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico del aspirante. La historia clínica ocupacional, los exámenes y las pruebas complementarias son confidenciales y hacen parte de la reserva profesional. CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Dr. José García Niebles
Méd Especialista en Salud Ocupacional
Reg Méd 15417 - 69
6 de Agosto de 2016

FIRMA DE MEDICO
Registro Médico 15417-69
Resolución SO 60054316-2016 SSS y PSA

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1045142715

José García Niebles

Médico Especialista en Salud Ocupacional

Resolución SO: 60054316-2016 SSS y PSA

RUT: 15304141-0

Cel: 323 420 5856 • Tel: 839 2896

Cra 2da No. 21-60

Caucasia - Antioquia

garcianj@hotmail.com

CUESTIONARIO PARA TRABAJO EN ALTURAS

FECHA: 04.01.2022	
EMPRESA	ASBE CONSTRUCTORES
TRABAJADOR	WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ
CEDULA	1045142715
CARGO	INSPECTOR EN SEGURIDAD Y SAL
EDAD	27 A
EPS	SALUD TOTAL
AFP	
ARL	SURA
MUNICIPIO RESIDENCIA	ZARAGOZA

PESO	78
TALLA	194
IMC	20,72
PA	118/74
PULSO	71
FR	18/min

	SI	NO
PATOLOGIA METABOLICAS		X
DIABETES DESCOMPENSADA		X
HIPERTIROIDISMO DESCOMPENSADO		X
HIPOTIROIDISMO DESCOMPENSADO		X
ALTERACIONES EN COLESTEROL POR ENCIMA DE 300		X
ALTERACIONES EN TRIGLICERIDOS POR ENCIMA DE 300		X
ALTERACIONES CARDIOVASCULARES		X
ARRITMIA CARDIACA DESCOMPENSADA		X
INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA		X
PSICOSIS		X
PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA		X
SINDROME DEPRESIVO AGUDO		X
SINDROME VERTIGINOSO AGUDO		X
VERTIGO DE MENIERE AGUDO		X
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL SEVERA BILATERAL		X
DEFECTO DE REFRACCION SEVERO QUE NO CORRIGE CON LENTES		X
ALTERACION EN DISCRIMINACON EN VISION DE COLORES		X
PRESENCIA DE FOBIAS A ALTURAS		X
EPILEPSIA		X
HAY PRESENCIA DE CUALQUIER TIPO DE NISTAGMUS		X
HAY SIGNO DE ROMBERG POSITIVA		X
HAY PRUEBA DE BABINSKY WEIL POSITIVA		X
HAY PRUEBA DE WODAC POSITIVA		X

AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS: Si

RAZON DE LA NO AUTORIZACION:

Dr. José García Niebles
Md. Especialista en Salud Ocupacional
Reg Md 18417 - 69
U de A. Licencia SO: 60054316/2016

FIRMA MÉDICO

Registro Médico 18417-69

Resolución SO: 60054316-2016 SSS y PSA

FIRMA TRABAJADOR

C.C.1045142715

José García Niebles

Médico Especialista en Salud Ocupacional

Resolución SO: 60054316-2016 SSS y PSA

Cel: 323 420 5856 • Tel: 839 2896

Cra 2da No. 21-60

Caucasia - Antioquia

garciarjj@hotmail.com

RUT: 15804141-0

CUESTIONARIO PARA TRABAJO EN ALTURAS

FECHA: 04.01.2022	
EMPRESA	ASBE CONSTRUCTORES
TRABAJADOR	WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ
CEDULA	1045142715
CARGO	INSPECTOR EN SEGURIDAD Y SAL
EDAD	27 A
EPS	SALUD TOTAL
AFP	
ARL	SURA
MUNICIPIO RESIDENCIA	ZARAGOZA

PESO	78
TALLA	194
IMC	20,72
PA	118/74
PULSO	71
FR	18/min

	SI	NO
PATOLOGIA METABOLICAS		X
DIABETES DESCOMPENSADA		X
HIPERTIROIDISMO DESCOMPENSADO		X
HIPOTIROIDISMO DESCOMPENSADO		X
ALTERACIONES EN COLESTEROL POR ENCIMA DE 300		X
ALTERACIONES EN TRIGLICERIDOS POR ENCIMA DE 300		X
ALTERACIONES CARDIOVASCULARES		X
ARRITMIA CARDIACA DESCOMPENSADA		X
INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA		X
PSICOSIS		X
PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA		X
SINDROME DEPRESIVO AGUDO		X
SINDROME VERTIGINOSO AGUDO		X
VERTIGO DE MENIERE AGUDO		X
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL SEVERA BILATERAL		X
DEFECTO DE REFRACCION SEVERO QUE NO CORRIGE CON LENTES		X
ALTERACION EN DISCRIMINACON EN VISION DE COLORES		X
PRESENCIA DE FOBIAS A ALTURAS		X
EPILEPSIA		X
HAY PRESENCIA DE CUALQUIER TIPO DE NISTAGMUS		X
HAY SIGNO DE ROMBERG POSITIVA		X
HAY PRUEBA DE BABINSKY WEIL POSITIVA		X
HAY PRUEBA DE WODAC POSITIVA		X

AUTORIZACIÒN PARA TRABAJO EN ALTURAS [Si]

RAZON DE LA NO AUTORIZACION

Dr. José García Niebles
Md. Especialista en Salud Ocupacional
Reg Md 18417 - 89
U de A. Licencia SO: 60054316/2016

FIRMA MEDICO

Registro Médico 18417-89

Resolución SO: 60054316-2016 SSS y PSA

FIRMA TRABAJADOR

C.C.1045142715

ornelo®

NIT. 900155093-0

CERTIFICACION LABORAL

Por medio de la presente me permito certificar que el señor:

Nombre..... WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ
Identificación..... 1.045.142.715

Laboró para esta empresa desde:

Fecha de ingreso..... 12 de mayo de 2018
Fecha de Retiro..... 30 de marzo de 2019
Tipo de Contrato..... Fijo

Desempeñandose en:

Cargo ..... Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo

El presente documento se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente,

ornelo
NIT 900.155.093-0

Manyber Lopez
Líder Talento Humano

Next Level HSEQ
<< Tu empresa a otro nivel >>

Medellín, 21 de octrubre de 2020

Asunto: Certificado Laboral

Por medio de la presente, certificamos que el señor WILSON FERNANDO MADRIGAL con Cedula de Ciudadanía No. 1.045.142.715, laboro al servicio de la empresa desde el día 15 de abril de 2020 y hasta el día 28 de agosto 2020, desempeñándose como Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante un contrato de obra o labor, con una asignación salarial de $1.300.000.

Sus principales funciones fueron:

- Vigilar el cumplimiento de las normas de Seguridad Industrial
- Informar y Ejecutar los programas y procedimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Colaborar en la realización del procedimiento de trabajo mediante el aseguramiento del cumplimiento de los mismos

Es una persona honesta, responsable y líder.

Este certificado se expide a solicitud del interesado, cualquier información adicional puede comunicarse con nosotros

Néstor Peña Ocampo

Gerente General

Cel.: 3193165128

ASBE
CONSTRUCTORES S.A.S
Nit: 900.804.216-1

ASBE CONSTRUCTRES S.A.S.

CERTIFICA.

Que el(a) señor(a) **WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ.** Identificado con cedula de ciudadanía número **1.045.142.715** , laboro para nuestra empresa desde el 12 de mayo del 2.020 hasta el 30 de diciembre del 2.020, desempeñando el cargo como inspector HSEQ, durante este tiempo demostró ser una persona honesta , comprometida y responsable con las tareas asignadas.

Por lo anterior Se firma a los **05** días del mes de abril del **2021**, en el municipio de Zaragoza (Antioquia).

Atentamente:

Jhonatan Leonardo B.
Gerente general.
Asbe constructores S.A.S.

Leyman Alí Murillo Córdoba
ConstrObras Civiles
Dirección Oficina: Carrera 82 N° 9A Sur-28
Correo electrónico: lamc586@hotmail.com
Teléfonos: 312 243 11 20
Ingeniero Civil – Constructor

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

LEYMAN ALI MURILLO CORDOBA. CONSTRUCCIONES Y OBRAS CIVILES

CERTIFICA QUE:

El señor, **WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ**, identificado con cédula de ciudadanía N° 1.045.142.715 de Zaragoza, Técnico en Salud ocupacional, se desempeñó en nuestra empresa Como Coordinador de seguridad industrial y salud en el trabajo durante la ejecución del proyecto de Construcción de Unidades Sanitarias Familiares UNISAFAS desarrollados en comunidades étnicas (Indígenas y afrodescendientes) en los municipios de Zaragoza, Cáceres, El Bagre, Nechi y Caucasia, del departamento de Antioquia.

Tipo de contrato: Prestación de Servicios
Sueldo básico: Un Millón quinientos mil pesos ($ 1.500.000)
Tiempo Laborado: 6 Meses (Desde 19 de Septiembre de 2019 hasta 19 de Marzo de 2020)

Dado en el Municipio de Medellín, a los 21 días del mes Octubre de 2020.
Lo anterior para fines pertinentes y a petición del interesado.

Contacto:
Leyman Alí Murillo Córdoba
Cédula No: 1.045.136.264
Matrícula No.:05202193113ANT
Nit: 1.045.136.264 - 7
Dirección: Carrera 82 9A Sur-29 Unidad Residencial Atavanza (Rodeo Alto)
Celular: 312 243 11 20

Cordialmente,

LEYMAN ALI MURILLO CORDOBA
Representante Legal
CC 1.045.136.264
Contratante

LEYMAN ALI MURILLO CORDOBA
Representante legal

La República de Colombia
y en su nombre

Institución Educativa
Santo Cristo de Zaragoza

Zaragoza - Antioquia

Autorizado por la Secretaría de Educación para la Cultura de Antioquia, según Resolución No. 19383 del 27 de diciembre de 2002 por medio de la cual se legalizan los estudios de los Niveles de Educación Preescolar y Básica: ciclo primaria 1°, 2°, 3°, 4° y 5°, ciclo secundaria 6°, 7°, 8°, 9° y el Nivel de Educación Media Académica grados 10° y 11° y calificada para otorgar el Título de Bachiller Académico.

Otorga el

Diploma de

Bachiller Académico

Identificado(a) con [illegible] No. [illegible] de Zaragoza

En virtud de haber cursado y aprobado [illegible] correspondientes al Nivel de Educación Media, según la Ley General de Educación 115 de febrero 1994, su Decreto Reglamentario 1860 de agosto 3 de 1994 y el Proyecto Educativo Institucional (PEI).

Registrado en libros oficiales de conformidad con el Decreto Nacional No. [illegible] de agosto 6 de 1994, en el libro de Actas de Graduación No. 07 Acta General No. 01

Folio No. 036 No. de Orden 055 Fecha 29/11/2012

Zaragoza, 3 de Diciembre de 2012

Oscar de Jesús Parra Gómez
C.C. 15.324.765 Yarumal
Rector

Samuel Enrique Pinto Gómez
C.C. 8.696.680 Barranquilla
Secretario

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el ministerio de trabajo con el radicado No 08SE2018220000000045043 expedido el día 23 de noviembre del año 2018.

Por cuanto ha haber cursado y aprobado el programa Formación y entrenamiento en protección contra caídas y cumplimiento con la resolución 1409 del año 2012;

Se confiere a:

MADRIGAL ORTIZ WILSON FERNANDO

Identificado con CC No 1045[illegible]2715

La certificación de trabajo seguro en alturas **NIVEL REENTRENAMIENTO** con una DURACION de 20 HORAS.

Se expide a los 17 días del mes de JUNIO del año 2019 en el municipio de CHIA (Cundinamarca)

Código de Verificación: **TSA19-1719**

JOSE EMANUEL SALAS G
Representante Legal

OSCAR HERNAN YEPES
Entrenador TSA SENA
L.S.O No 10090

NTC 6072
BUREAU VERITAS Certification
CER No. CO18.02078

GEPAR S.A.S, Carrera [illegible] Chía Cundinamarca Móvil [illegible]
La autenticidad de este certificado podrá ser verificada a través de la página [illegible]
Fundación [illegible] Resolución [illegible]

REGIONAL ANTIOQUIA

EL CENTRO DE FORMACIÓN MINERO AMBIENTAL

CERTIFICA

Que WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1045142715 de Zaragoza, realizó y aprobó el curso de IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO con una intensidad horaria de Cincuenta (50) y obtuvo una evaluación Apto /A, con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en El Bagre, a los veintiún (21) días del mes de noviembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

JAIRO LEON JIMENEZ ZAPATA
Subdirector (E) CENTRO DE FORMACIÓN MINERO AMBIENTAL
REGIONAL ANTIOQUIA

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el vínculo "Certificados" que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9127002031135800[illegible]

REGIONAL SANTANDER

EL CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA

CERTIFICA

Que WILSON FERNANDO MADRIGAL ORTIZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.045.142.715 de Zaragoza, realizó y aprobó el curso de PRIMEROS AUXILIOS con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bucaramanga, a los veinte (20) días del mes de marzo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
Subdirector (E) CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA
REGIONAL SANTANDER

SENA: una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9225801610451CC1045142715E.

La República de Colombia

y en su nombre

Multicómputo

multitech

MULTICÓMPUTO LTDA. - INSTITUTO DE EDUCACIÓN TÉCNICA MULTITECH

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 2223 del 3 de diciembre de 2009 emanada de la Secretaría de Educación de Bucaramanga,

Certifica que

Wilson Fernando Madrigal Ortiz

Identificado(a) con C.C. No. 1.045.142.715 Expedida en Zaragoza (Antioquia)

Cursó y Desarrolló las competencia Laborales Correspondientes al Programa

Técnico Laboral por Competencias en Seguridad Ocupacional

Resolución No. 3346 del 3 de diciembre de 2012 de la Secretaría de Educación de Bucaramanga

Representante Legal

Certificación de Servicios icontec NTC 5581:2011* CS-CER244758

Certificación de Servicios icontec NTC 5666:2011** CS-CER244752

Registrado en el control interno del plantel en el

Libro No. 3 Folio No. 11 Certificado No. 5841

Dado en Bucaramanga, a 15 de Enero del año 2019

* Programas de formación para el Trabajo de Técnico Laboral en Mercadeo y Ventas, Asistencia Administrativa, Operación de Sistemas Informáticos, Diseño Gráfico, Contabilidad Sistematizada, Salud Ocupacional.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900804216
Número Afiliación:	237172
Razón social:	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1124812420
Nombre:	YEISSON ALEXANDER TORREZ RAMIREZ
Fecha Ingreso:	11/01/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	8
Centro de trabajo:	50
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	9/1/2022 7:34:36 PM

medimás EPS

Certificado de Afiliación

El Señor YEISSON ALEXANDER TORREZ RAMIREZ , identificado con Cédula Ciudadanía 1.124.818.420, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud
POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	YEISON ALEXANDER TORREZ RAMIREZ		
Número de identificación:	1124818420	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/05/2020	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CENTRO POBLADO VDA PTE ARIMENA	Municipio residencia:	Puerto Gaitan
Teléfono actual de residencia:	3115298	Depto. Residencia:	META

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
900804216	ASBE CONSTRUCCIONES SAS	11/01/2022	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 09 días del mes de Enero de 2022, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jose Alexander De Los Reyes Aldana
Gerente de Operaciones
Elaboro: Beatriz Carmenza Bartolo Suarez

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:

YEISSON ALEXANDER TORRES RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.818.420**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 9 de Enero del 2022.

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.

Grupo Preferencial Sanar IPS

Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.316

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	01 MES	2022 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ASBE CONSTRUCTORES SAS	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación
TORRES RAMIREZ YEISSON ALEXANDER	MASCULINO Teléfonos	19 AÑOS 0 MESES 20 DÍAS	TI (Tipo) 1124818420 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI

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	✓	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL / PAUSAS ACTIVAS FRECUENTES DE 5 MINUTOS CON ENFASIS DE MANOS / ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ SEGUIR TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COVID-19.

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: RIOS WENEYDY CARLOS HERNANDO
R. M.: 5640 L.S.O.: 4958

Aspirante o Trabajador

yeisson T.

Firma:
Nombre: TORRES RAMIREZ YEISSON ALEXANDER
TI: 1124818420

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 237172 correspondiente a la empresa Asbe Constructores Sas.

Nombre	T. I	Número de identificacion	Fecha de inicio cobertura
EDINSON RODRIGUEZ JOROPA	C.C.	1,117,326,351	21/12/2021

Cordialmente,

NANCY SEQUERA VERGARA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 20 de diciembre de 2021 a las 09:01:22 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

medimás EPS

Certificado de Afiliación

El Señor EDINSON RODRIGUEZ JOROPA , identificado con Cédula Ciudadanía 1.117.326.351, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud
POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	EDINSON RODRIGUEZ JOROPA		
Número de Identificación:	1117326351	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/05/2018	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CENTRO POBLADO VDA PTE ARIMENA	Municipio residencia:	Puerto Gaitan
Teléfono actual de residencia:	3115298	Depto. Residencia:	META

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
900804216	ASBE CONSTRUCCIONES SAS	21/11/2021	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 20 días del mes de Noviembre de 2021, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jose Alexander De Los Reyes Aldana
Gerente de Operaciones
Elaboro: Beatriz Carmenza Bartolo Suarez

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:

EDINSON RODRIGUEZ JOROPA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.117.326.351**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Noviembre 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.117.326.351**
RODRIGUEZ JOROPA
APELLIDOS
EDINSON
NOMBRES



Edinson Rodriguez
FIRMA

Pdte. listado.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-AGO-1999**
OROCUE
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-AGO-2017 OROCUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4664000-00945796-M-1117326351-20171011 0058071947A 1 46975592

Grupo Preferencial Sanar I.P.S

Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.457

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	11 MES	2021 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ASBE CONSTRUCTORES SAS	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ JOROPA EDINSON	MASCULINO	22 AÑOS 3 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1117326351 (Número)
	Teléfonos			

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI

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	✓	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGÚN LA EVALUACION MEDICA, PRUEBAS CLINICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO, SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /CAPACITAR PARA TRABAJO EN ALTURAS /VERIFICAR CONDICIONES FISICAS Y PSICOLOGICAS AL REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /LA EMPRESA CUMPLIRA LA RESOLUCION 1409 DE 2012/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ ACUDIR A ENTRENAMIENTOS LOCALES EN AREAS DE OPERACIÓN/CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIO CLINICO OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SG-SST/ SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

11 DIC/21

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:	Oscar A. Aguas L. Médico CX Gral. ESP Medicina Ocupacional R.M. 50108-90	Firma:	
Nombre:	AGUAS LEAL OSCAR ALBERTO	Nombre:	RODRIGUEZ SANTOS GERARDO
R. M.:	50108-90 (M.G) L.S.O.: 3685 (M.O)	CC:	74846228

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900804216
Número Afiliación:	237172
Razón social:	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	8191891
Nombre:	FRANCISCO DURAN DURAN
Fecha Ingreso:	21/12/2021
Salario básico:	908,526
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	5
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	20/12/2021 09:04:00 p.m.

medimás EPS

Certificado de Afiliación

El Señor FRANCISCO DURAN DURAN , identificado con Cédula Ciudadanía 8.191.891, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	FRANCISCO DURAN DURAN		
Número de identificación:	8191891	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/05/2018	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CENTRO POBLADO VDA PTE ARIMENA	Municipio residencia:	Puerto Gaitan
Teléfono actual de residencia:	3115298	Depto. Residencia:	META

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
900804216	ASBE CONSTRUCCIONES SAS	21/11/2021	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 20 días del mes de Noviembre de 2021, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jose Alexander De Los Reyes Aldana
Gerente de Operaciones

Elaboro: Beatriz Carmenza Bartolo Suarez

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

FRANCISCO DURAN DURAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **8.191.891**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

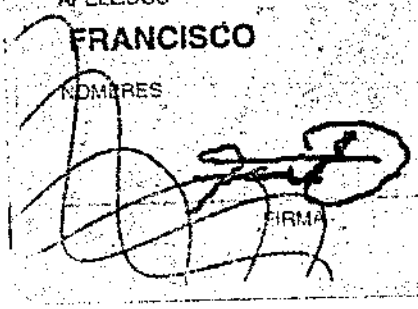
NUMERO **8.191.891**

DURAN DURAN

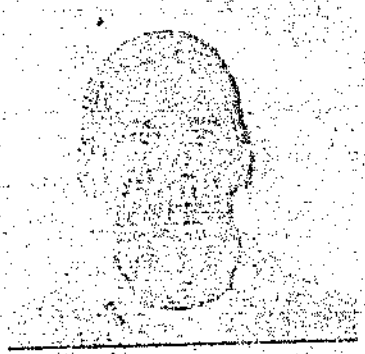
APELLIDOS

FRANCISCO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAY-1973**

PUERTO GAITAN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-JUL-1991 PUERTO GAITAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5200100-00135852-M-0008191891-20081211 0007884383A 1 4990006709

Grupo Preferencial Sanar I.P.S

Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.458

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	11 MES	2021 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ASBE CONSTRUCTORES SAS	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DURAN DURAN FRANCISCO	MASCULINO	48 AÑOS 6 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	8191891 (Número)
	Teléfonos			

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI

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	✓	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	SVE CARDIOVASCULAR	DIETA BALANCEADA
ESPECIALISTA : OFTALMOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRESENTA ALTERACIÓN METABÓLICA INDICADA EN PARACLINICOS , SE INDICA MANEJO CON MEDICO GENERAL EN EPS/SE INDICA EVITAR EL SEDENTARISMO Y REALIZAR CAMBIOS DE HÁBITOS DIETARIOS
SEGÚN LA EVALUACION MEDICA, PRUEBAS CLINICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO, SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /CAPACITAR PARA TRABAJO EN ALTURAS /VERIFICAR CONDICIONES FISICAS Y PSICOLOGICAS AL REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /LA EMPRESA CUMPLIRA LA RESOLUCION 1409 DE 2012/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ ACUDIR A ENTRENAMIENTOS LOCALES EN AREAS DE OPERACIÓN/CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIO CLINICO OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SG-SST/ SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:	Oscar A. Aguas L. Médico Cir. Gral. Esp. Medicina Ocupacional R.M. 50108-VII	Firma:	
Nombre:	AGUAS LEAL OSCAR ALBERTO	Nombre:	RODRIGUEZ JOROPA EDINSON
R. M.:	50108-90 (M.G) L.S.O.: 3685 (M.O)	CC:	1117326351

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900804216
Número Afiliación:	237172
Razón social:	ASBE CONSTRUCTORES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	74846228
Nombre:	GERARDO RODRIGUEZ SANTOS
Fecha Ingreso:	21/12/2021
Salario básico:	908,526
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	5
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	20/12/2021 09:06:12 p.m.

medimás EPS

Certificado de Afiliación

El Señor GERARDO RODRIGUEZ SANTOS , identificado con Cédula Ciudadanía 74.846.228, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	GERARDO RODRIGUEZ SANTOS		
Número de identificación:	74846228	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CENTRO POBLADO VDA PUENTE ARMENIA	Municipio residencia:	Puerto Gaitan
Teléfono actual de residencia:	3502718	Depto. Residencia:	META

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
900804216	ASBE CONSTRUCCIONES SAS	21/11/2021	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1007825701	CC	LAURA YESENIA RODRIGUEZ JOROPA	01/08/2017	VIGENTES		HI-HIJO(A) MENOR DEPENDIENTE

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 20 días del mes de Noviembre de 2021, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jose Alexander De Los Reyes Aldana
Gerente de Operaciones
Elaboro: Beatriz Carmenza Bartolo Suarez

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:

GERARDO RODRIGUEZ SANTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.846.228**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.846.228

RODRIGUEZ SANTOS
APELLIDOS

GERARDO
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1964

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-JUN-1984 OROCUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4664000-00165569-M-0074846228-20090801 0014300280A 1 30901187

Grupo Preferencial Sanar I.P.S

Nit. 901169422-1
Celular: 317 400 3198
CRA 12 No 8 - 51 Puerto Gaitan
administrativo@gruposanar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.455

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	11 MES	2021 AÑO	PUERTO GAITÁN (META, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO CON ALTURAS

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

ASBE CONSTRUCTORES SAS	ASBE CONSTRUCTORES SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ SANTOS GERARDO	MASCULINO	57 AÑOS 10 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	74846228 (Número)
	Teléfonos			

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI

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	✓	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	
OPTOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
SEGÚN LA EVALUACION MEDICA, PRUEBAS CLINICAS Y EXAMENES DE LABORATORIO, SE CONSIDERA APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /CAPACITAR PARA TRABAJO EN ALTURAS /VERIFICAR CONDICIONES FISICAS Y PSICOLOGICAS AL REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS /LA EMPRESA CUMPLIRA LA RESOLUCION 1409 DE 2012/ ÉNFASIS TRABAJO SEGURO/ CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR/ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES/ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/ PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA / MANEJO ADECUADO DE CARGAS DE ACUERDO A LA NORMA Y A LA CONTEXTURA/ ACUDIR A ENTRENAMIENTOS LOCALES EN AREAS DE OPERACIÓN/CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR MEDICO, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIO CLINICO OCUPACIONALES/ LA EMPRESA CUMPLIRÁ EL SG-SST/ SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PREVENCION COVID-19.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

11 DIC/21

AXA COLPATRIA

ASBE CONSTRUCTORES S.A.S NIT.: 900.804.216-1

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 237172 correspondiente a la empresa Asbe Constructores Sas.

Nombre	T. I	Número de identificacion	Fecha de inicio cobertura
JHONATAN LEONARDO BUSTOS ANGULO	C.C.	1.110 532 599	07/04/2020

Cordialmente,

NANCY SEQUERA VERGARA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 03 de marzo de 2021 a las 12:02:05 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Coomeva | EPS

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS

(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado JHONATAN LEONARDO BUSTOS ANGULO identificado con CC-1110532599 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Marzo 05 de 2021.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

1110532599

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

porvenir

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

JHONATAN LEONARDO BUSTOS ANGULO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.532.599**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 05 de Febrero 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 qué?** porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

Comfenalco
Antioquia

Medellín, 6 de marzo de 2021

EL COORDINADOR DE SUBSIDIOS Y APORTES

HACE CONSTAR:

Que el señor JHONATAN LEONARDO BUSTOS ANGULO, con número de identificación 1110532599, se encuentra afiliado a esta Caja de Compensación Familiar, desde el 10 de junio de 2020, por la empresa ASBE CONSTRUCTORES SAS, con NIT 900804216.

Identificación	Nombre y Apellido	Parentesco	Beneficiario de Cuota Monetaria	Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Estado
CC 1007212458	KELLY YAZMIN ECHEVERRI VARGAS	CONYUGE	NO	2020/06/10		ACTIVO
TI 1104951302	ANGEL SANTIAGO BUSTOS ECHEVERRI	HIJO(a)	SI	2020/06/10		ACTIVO

Atentamente,

JUAN CARLOS MOLINA VILLA

IPS SOMEDIZ S.A.S.
Salud y Bienestar

PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL
SUB PROGRAMA DE MEDICINA DEL TRABAJO
LICENCIA S.O. 2018060032675
DE 06-04-2018

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL:
FECHA: 24/ENERO/2.021	CAUCASIA - ANTIOQUIA	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO

IDENTIFICACION:	1.110.532.599	**GÉNERO** MASCULINO		**EDAD** 28	AÑOS
NOMBRE COMPLETO:	BUSTOS JHONATAN LEONARDO			**TEL** 3148308747	
ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE		**ESCOLARIDAD:** BACHILLER		**CARGO** INSPECTOR OBRA	
EPS COOMEVA		**AFP** PORVENIR		**ARL** COLPATRIA	
NOMBRE DE EMPRESA CONTRATANTE:	ASBE CONSTRUCTORES SAS			**NIT** 900804216-1	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Apto	X	Apto con Restricción	
Apto sin patologia		Apto con patologia	

SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD PARA ALTURAS [X] ESPACIOS CONFINADOS [X] MANIPULACION ALIMENTOS [X]

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

AUDIOMETRÍA:	X	VISIOMETRÍA:	X	OPTOMETRÍA	X
ESPIROMETRÍA:	X	EVA. OSTEO MUSCULAR	X	PSICOSENSOMÉTRICO	X
LABORATORIOS:	X	OTROS			

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA

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 complejas 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

NOTA: La historia clínica es un documento estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darle a conocer, salvo en los siguientes casos: cuando medie mandato judicial; por autorización expresa, escrita y con firma autenticada del trabajador interesado; y por la solicitud de las autoridades competentes de prevención y seguridad social. (MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL) Resolución Nro. 6398 de 1991 artículo 2.

Firma y registro medico L.S.O

Dr. Oscar Weimar Quiceno Mercado
Medico y Cirujano Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 000291 de 21/12/17
R.M. 27-1219-04

Firma del aspirante o Trabajador

BUSTOS JHONATAN LEONARDO
1.110.532.599

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 237172 correspondiente a la empresa Asbe Constructores Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JOSE OMAR BUSTOS ESCARRAGA	C.C.	10,171,483	01/05/2018

Cordialmente,

NANCY SEQUERA VERGARA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 03 de enero de 2022 a las 09:45:37 a.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE OMAR BUSTOS ESCARRAGA identificado(a) con CC 10171483 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/02/2018**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO Y OFTALMOLOGICO IPS DEL TOLIMA - IBAGUE CENTRO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 03 días del mes de enero del año 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a JOSE OMAR BUSTOS ESCARRAGA identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número 10171483, se encuentra afiliado/a desde 01/09/2008 al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de enero de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

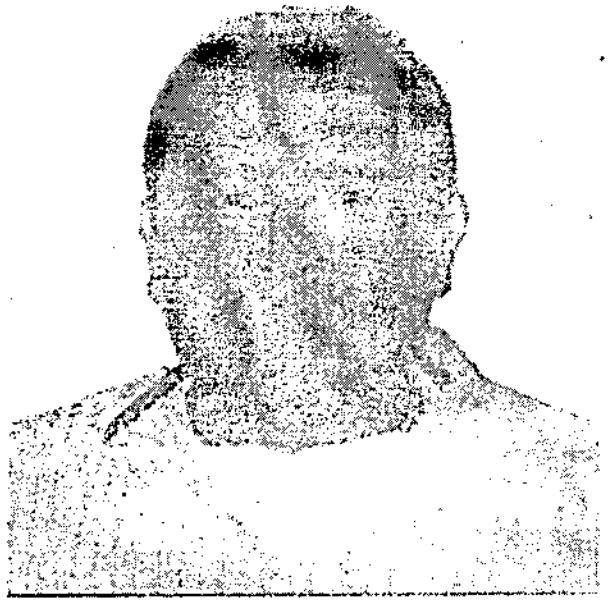
NUMERO **10.171.483**

BUSTOS ESCARRAGA

APELLIDOS

JOSE OMAR

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1963**

PUERTO SALGAR
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-OCT-1983 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

ÍNDICE DERECHO

A-2400100-00349521-M-0010171483-20111209 0028621237A 2 4531588309

NUEVA A.S.C.
Asesorías, Servicios y Capacitaciones en Salud

NUEVA A.S.C. EN SALUD TOTAL S.A.S.
NIT. 901.236.034-2

Calle 18 No. 10 - 44 Barrio Centenario, Caucasia - Antioquia
8391209 310 3942826 - 312 2595124 - 321 6114280
nuevascensalud@outlook.com www.nuevascsensaludocupacional.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JOSE OMAR BUSTOS ESCARRAGA
Identificación: CC 10171483
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1963-12-23 Edad: 58 A
Dirección BELLA MENA
Teléfono: 3138133148
Empresa: ASBE COSNTRUCTORES S.A.S
Empresa en misión: ASBE COSNTRUCTORES S.A.S
Actividad económica:
Talla (mts): 1.67 Peso (kg): 78.0 IMC: 27,97 Grupo Sanguineo: A +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O INGRESO ORIENTADO AL RIESGO TRABAJO EN ALTURAS

Orden No.: 0039803 Fecha apertura: 20211230 07:15:14
Fecha cierre: 20220103 10:10:28
Realizado en: Caucasia - Antioquia

Cargo u Oficio: MAESTRO DE OBRA

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA),GLICEMIA,VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA LABORAL,ESPIROMETRIA,PERFIL LIPIDICO,EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES LABORALES

Pausas Activas.
Uso de tapaboca.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Elementos de protección auditiva.
EPA según PVE.

RECOMENDACION EN ESPIROMETRIA

Control anual.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Cambio de formula.
Debe utilizar gafas para leer.
Lentes bifocales policarbonato.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Apto para desempeñar el cargo

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: No apto para labores en alturas

Observación

riesgo cardiovascular medio, no apto para labores en altura hasta control de glicemia y lipidos

STEFANY ROZO A.

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: STEFANY PAOLA ROZO ALVAREZ
Especialidad: ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 20198060148003 Registro No.: 13370

Jose Bustos

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 10171483