REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

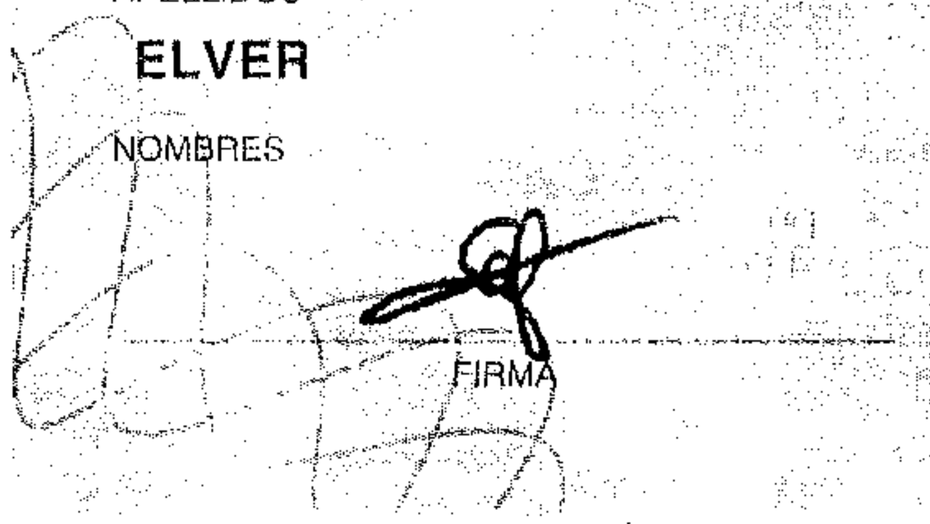
NUMERO **73.574.199**

OSPINA TELESFORO

APELLIDOS

ELVER

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ABR-1976**

NECOCLI
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-JUN-1994 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0100100-00280422-M-0073574199-20110209 **00257**28359A 1 35515904

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase



73574199

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 06	31 - DIC. 16	31 - DIC. 26

APELLIDOS Y NOMBRES

OSPINA TELESFORO

ELVER

PROFESION BACHILLER

...ZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

73574199

CT.HECTOR RODRIGUEZ ALVIRA — **10 AGO 94**

CDTE. DIM. No. 55 — FECHA EXP.

CARVAJAL S.A.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14804922142

(415)7707212489984(8020) 000001480492214 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 3 5 7 4 1 9 9	5	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	73574199	1 9 9 4 0 6 2 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSPINA	TELESFORO	ELVER	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CR 86 CL 3012 AP 1202

42. Correo electrónico ospinatelesforo@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 5 9 5 5 5 7 0	3 1 5 3 1 7 9 9 9 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	2 0 1 0 0 9 1 5				3 4 1 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 01 - 07 / 15 : 10: 31

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre OSPINA TELESFORO ELVER
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Jueves, 6 de enero de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ELVER OSPINA TELESFORO identificado(a) con CC 73574199, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	00811587303	2013/08/09	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que el señor ELVER OSPINA TELESFORO identificado con Cédula de Ciudadanía 73574199, se inscribió en nuestro servicio el día 03/06/2006.

El presente certificado se genera el día 06/01/2022, por solicitud del interesado.

Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.

JUAN GUILLERMO CALVACHE GIRALDO, Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

MEDICINA ESPECIALIZADA - RESOLUCIÓN LICENCIA MÉDICA S.S.T. S2019060149072 - C.C. Monterrey, Oficina 702, Cel: 315 472 6760

CERTIFICADO INTEGRAL DE APTITUD OCUPACIONAL

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: ELVER OSPINA TELÉSFORO | **EDAD: 45 AÑOS** | **FECHA: 6 de ENE de 2022**

IDENTIFICACIÓN: 73.574.190 | **EPS: SURA** | **AFP: COLFONDOS** | **ARL: POSITIVA** | **TEL.: 315 317 9998**

CARGO: CONTRATISTA

EMPRESA: INDEPENDIENTE | **HORA: 8:00 a.m.**

TIPO DE EXAMEN SOLICITADO

INGRESO LABORAL	X	REINGRESO		PERIÓDICO OCUPAC.		RETIRO LABORAL		POST INCAPACIDAD	
MANIPULADORES ALIMENT.		OSTEOMUSCULAR		VINCULACIÓN		RENOVACIÓN CONTRATO		REUBICACIÓN	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL OFICIO	X	REMITIDO (A)	

DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD DE ACUERDO CON EL PERFIL DEL CARGO

X	CLINICAMENTE SANO (A)	**DIAGNOSTICOS Y OBSERVACIONES**
X	SIN SECUELAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO	
X	SIN SECUELAS POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	
X	LLEVAR PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN RIESGOS	
X	NO PRESENTA SIGNOS O SINTOMAS COMPATIBLES CON COVID - 19	
X	NO PRESENTA ALTERACIONES EN LOS RESULTADOS PARACLINICOS QUE LE IMPIDAN LABORAR	
	CON ENFERMEDAD COMUN QUE AFECTA O LIMITA EL DESEMPENO LABORAL	
	CONTROL DE AUDIOMETRIA CLINICA CADA SEIS MESES	
	UTILIZAR DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA (Orejeras + Silicona)	
	REFIERE ACOSO LABORAL EN LA EMPRESA	
X	NO REQUIERE LENTES PARA LABORAR	
	REQUIERE BAJAR DE PESO	

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS DE ACUERDO CON EL OFICIO A DESEMPEÑAR

X	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA - CINCO DOSIS	PRESENTAR CARNÉ DE VACUNACIÓN ACTUALIZADO
	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTI HEPATITIS B -TRES DOSIS	MEDIRSE ANTICUERPOS CONTRA ANTIGENO SUPERFICIE HEPATITIS B
	PRESENTA SECUELAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO	
	PRESENTA **PRESUNTA** ENFERMEDAD PROFESIONAL	
	SE SUGIERE ESTUDIO DEL PUESTO DE TRABAJO PARA DOCUMENTAR RIESGO	
	NO PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS	
	REQUIERE OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
	REQUIERE CONTROL PERIÓDICO CON ESPECIALISTA EN LA E.P.S.	

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS: D: Derecho, I: Izquierdo, B: Bilateral, N: Normal, A: Alterado, A.M.A.: Arcos de Movilidad Activa

ANÁLISIS VISUAL OPTOMÉTRICO	NORMAL	B	**ALTERADO**	I	COLUMNA CERVICAL		COLUMNA D-L		
ANÁLISIS AUDIOMÉTRICO	NORMAL	B	**ALTERADO**	D	MIEMBROS SUPERIORES		MIEMBROS INFERIORES		
CARDIOVASCULAR	**NORMAL**	X	ALTERADO		HOMBRO		CADERA		
ANÁLISIS RESPIRATORIO	**NORMAL**	X	ALTERADO						
OSTEOMUSCULAR	**NORMAL**	X	ALTERADO		CODO		RODILLA		
A.M.A.	**NORMALES**	X	ALTERADO		MANOS		PIES		

LABORATORIO CLÍNICO = N: Normal, A: Alterado, P: Post-tratamiento

FROTIS FARINGEO		KOH UÑAS		COPROLÓGICO		E. COLI EN MANOS		CITOQCO. DE ORINA	
GLICEMIA EN AYUNAS	**N**	CUADRO HEMÁTICO		SEROLOGÍA - V.D.R.L.		PIRETROIDES		COLINESTERASAS	
COLESTEROL TOTAL	**N**	**TRIGLICÉRIDOS**	**N**	**PERFIL LIPÍDICO**	**N**	PERFIL HEPÁTICO		PERFIL RENAL	

REQUIERE REMISIÓN A: E: EPS A: ARL P: AFP

MEDICINA GENERAL		DERMATOLOGÍA		ORTOPEDIA		MEDICINA INTERNA		FISIATRÍA/REHABILITAC.	
CIRUGÍA GENERAL		OTORRINO		NEUROLOGÍA		OFTALM-OPTOMETRÍA		ALERGOLOGÍA	
ODONTOLOGÍA		NUTRICIONISTA		PSIQUIATRÍA		OTRA ESPECIALIDAD		CALIFICACIÓN PCL ARL	

RECOMENDACIONES GENERALES PREVENTIVAS

1. Implementar el programa de pausas activas con ejercicios de al menos 5 minutos por cada hora de trabajo. Incluye oficios en COMPUTADOR.
2. La carga compacta máx.para mujeres es de 12,5 kg. y 25 kg. en hombres, en hombros máx.20 kg. mujeres y 50 kg. hombres (Res.2400/79. arts. 390 y 392).
3. Realizar programas periódicos de inducción y reinducción a todos los trabajadores e implementar programas de capacitación preventiva.
4. Cualquier sospecha de enfermedad profesional o presunto accidente trabajo debe ser reportado obligatoriamente a la A.R.L.
5. Verificar que la exigencia de la labor no exija sobreesfuerzos físicos o mentales que superen las capacidades del trabajador.
6. Para minimizar el riesgo sicosocial se debe brindar un trato humano y digno (Ley de acoso laboral: 1010 de 2006; Res. 734 de 2006).
7. Es obligatoria la investigación y notificación perentoria de accidentes de trabajo graves (Resolución 1401 de 2007).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su realización, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me realice, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas que estén establecidas para el cargo dentro del programa de salud ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes Sistemas de Vigilancia Epidemiológica que estén establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.

El examinado autoriza para que a través del médico Laboral que realiza la presente evaluación, la empresa reciba este Certificado Médico Ocupacional.

EXAMINADO Bajo la gravedad del juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud.

Así mismo, he recibido las recomendaciones y/o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007.

Declaro que la información suministrada al médico que practicó el presente examen ocupacional es verdadera en todas sus partes y puede ser confirmada por la empresa, acepto que cualquier engaño, error o reticencia en la información suministrada exime al médico y la empresa de cualquier tipo de responsabilidad.

Para evitar FRAUDE por suplantación, NO SE ESCANEAN O FOTOCOPIAN LAS FIRMAS.

Firmo en **original** declarándome conforme con el examen médico y los resultados paraclínicos obtenidos.

Juan Guillermo Calvache Giraldo
Médico y Cirujano - CES
Especialista Gerencia Salud Ocupacional
Resolución 3436 - Licencia 4870

FIRMA EN ORIGINAL DEL MÉDICO Y LIC. S.S.T. S2019060149072

NOMBRE LEGIBLE DEL TRABAJADOR Y C.C. 8.070.123

HUELLA DIGITAL T - 2022

Como responsables de la custodia de la **HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL** (Res. 1918 de 2009) y los demás documentos que la conforman, se expide el presente **CERTIFICADO INTEGRAL DE APTITUD OCUPACIONAL** manteniendo en nuestros archivos los respectivos documentos que certifican el estado de salud del trabajador, preservando así el uso adecuado de la información médica.