Medellín, 07 de julio 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 MBJ PROMOTORA DE TOPOGRAFIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S. 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: | 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6,96 % |
| C1047972661 | PEREZ GOMEZ DANIEL | 08/07/2022 | | 223172x2 | 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 07/07/2022 12:45:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.142.7.3, 198.143.41.15, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4008632590 | 2\|2\|0\|7\|2\|0\|2\|2 |

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

**1.tipo de tramite**
**A.** Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
**B.** Colectiva ☐

**A.** Individual:
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
**B.** Institucional ☐ **B.** De oficio ☐

**3.Regimen**
**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 ☐

**Codigo** (a registrar por la EPS) 1

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| PEREZ<br>Primer apellido | GOMEZ<br>Segundo apellido | DANIEL<br>Primer nombre | <br>Segundo nombre |
| **7.Tipo documento de Identidad** | **8.Número del documento de Identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| CC | 1047972661 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 1\|4\|0\|4\|1\|9\|9\|8 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

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

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 1250000 |

**18.Residencia**

| VRD MEDIA LUNA KM 3<br>**Dirección** | **Telefono fijo** | 3006621128<br>**Telefono celular** | TRAMITESSEGUROS.COM@GMAIL.COM<br>**Correo electronico** |
|---|---|---|---|
| LA CEJA<br>**Municipio/Distrito** | **zona** Urbana ☒ Rural ☐ | **Localidad / comuna** | ANTIOQUIA<br>**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 | HOSPITAL DE LA CEJA ESE - HOSPITAL DE LA CEJA ESE | LACEJAANTI - LACEJAANTI |
| 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) |
|---|---|---|---|
| MBJ PROMOTORA DE TOPOGRAFIA Y CONSTRUCCIONES SAS | NIT | 901263868 | 01 |

**39.Ubicación**

| CL 14 16 B 33<br>Dirección | 7872187<br>Teleéfono | MARIOBUSTAMANTEJAIMES@GMAIL.COM<br>Correo electrónico | LA CEJA<br>Municipio/distrito | ANTIOQUIA<br>Departamento |
|---|---|---|---|---|

| No de Radicacion |
|---|
| 4008632590 |



## 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\|7\|0\|7\|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 clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| 54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |
|---|---|
| Daniel Peiza | Teresa Lacerde |

## IX. ANEXOS

- **56.** ☐ Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- **57.** ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- **58.** ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- **59.** ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- **60.** ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- **61.** ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- **62.** ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- **63.** ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- **64.** ☐ Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- **65.** ☐ Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBEN Número ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

Observaciones

**Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**

**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:

**DANIEL PEREZ GOMEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.972.661**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Abril del 2023.

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
9.101.275
NUMERO

FERNANDEZ ALFARO
APELLIDOS

EDWIN
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1978
MOMPOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.68 | B+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

25-FEB-1997 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-0504300-30132721-M-0009101275-20050023 03539 052668 02 156649205

Powered by CamScanner

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
NGM CONSTRUCCIONES S.A.S.
Identificada con NT No. 900635581

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1010701690410, a partir del 22 de Julio del año 2013.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE DEL EMPLEADO | CENTRO DE TRABAJO | CLASE | TASA | FECHA INICIO COBERTURA | FECHA DE RETIRO | TIPO COTIZANTE | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 9101275 | EDWIN FERNANDEZ ALFARO | MEDELLIN-PRINCIPAL OPERATIVO CLASE V | 5 | 6.96% | 25/04/2023 | | DEPENDIENTE | ACTIVO |

Se expide a solicitud del interesado el 24 de Abril del año 2023.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4010159037 | 2\|4\|0\|4\|2\|0\|2\|3 |

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



**1.tipo de tramite** — **A.** Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — **A.** Individual: **B.** Colectiva ☐ **B.** Institucional ☐

-Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ **B.** De oficio ☐

**3.Regimen** — **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 ☐

**Codigo** (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 | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| FERNANDEZ | ALFARO | EDWIN | |

| 7.Tipo documento de Identidad | 8.Número del documento de Identidad | 9.Sexo | 10.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 9101275 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 0\|7\|0\|5\|1\|9\|7\|8 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

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

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A | FONDO PREVISIÓN SOCIAL CONGRESO DE LA REPÚBLICA | 1700000 |

**18.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CR 41 NMR 64 79 | 3128021 | 3128021962 | NGMCONSTRUCCIONESSAS@GMAIL.COM |

| Municipio/Distrito | zona | Localidad / comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| MEDELLIN | Urbana ☒ Rural ☐ | 57 | ANTIOQUIA |

**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 | 1. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

**32. Datos de residencia**

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| C | | VS UAB VILLANUEVA - VS UOD VILLANUEVA | VSVILLANUE - VSODVILLAN |
| B | | - | - |
| B | | - | - |
| B | | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de identificación | 37. Numero de docuemnto de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 39.Ubicación | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| NGM CONSTRUCCIONES SAS | NIT | 900635581 | 01 | |
|---|---|---|---|---|
| CL 33 43 16 | 2126069 | AUNAG@GMAIL.COM | MEDELLIN | ANTIOQUIA |
| Dirección | Teleéfono | Correo electrónico | Municipio/distrito | Departamento |

## 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. régimen ☐ Código:
- ☒ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **9.** 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 ☐ 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\|4\|0\|4\|2\|0\|2\|3 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ **46.** Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ **47.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- ☐ **48.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ **49.** Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- ☐ **50.** Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ **51.** Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- ☐ **52.** Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- ☐ **53.** Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| 54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | | 67. Datos del SISBEN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del municipio | Código del Departamento | Número ficha | Puntaje | Nivel | | |
| | | | | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

71. Firma del funcionario

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

Observaciones

**Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**

Colpensiones

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDWIN FERNANDEZ ALFARO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **9101275,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2017** 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 15 de abril de 2023.

**Rosa Mercedes Nino 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.



Powered by CamScanner

comfama

NIT 890.900.841-9

# Retiros, Suspensiones y Reportes Salariales de Trabajadores

| Fecha Elaboración | | |
|---|---|---|
| Año | Mes | Día |
| | | |

- Por Favor no Escribir en los Espacios Sombreados.
- Utilice este Formato para Retiros, Suspensiones o Reportes Salariales de los Trabajadores.
- Si el Retiro es por Muerte Anexe Partida de Defunción Original.
- Anote Siempre la Cédula del Trabajador en la Columna Respectiva.
- Para Diligenciar la Causa ver Tabla parte Inferior Derecha.

| Nombre o Razón Social del Empleador | Nit o Cédula | Teléfono |
|---|---|---|
| | | |

| Recibe Subsidio | | Nombre del Trabajador | | | Cédula del Trabajador | Teléfono Residencia | Retiros | | | | Suspensiones | | | | | | | Cambio Salario | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | Desde | | | Hasta | | | | Fecha Nuevo Salario | | | Valor Nuevo Salario |
| Si | No | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre Completo | | | Año | Mes | Día | * Causa | Año | Mes | Día | Año | Mes | Día | * Causa | Año | Mes | Día | |
| | | 5152,1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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



Firma y Sello Empleador

Observaciones: D0201725,5,,,16,1568165,2

,125572662,,778,,12255,1

*Causas Retiros:
1 Muerte
2 Terminación Contrato
3 Retiro Empresa
4 Jubilación

*Causas Suspensiones:
5 Licencia
6 Ausencia

Revisado Comfama

Recibido y Sello

VIGILADO SuperSubsidio

Cadena s.a.

Cod. 70 - V4



# Certificado Médico Laboral

SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO S.A.S. - NIT: 890933726-1

Fecha Cierre: 15/04/2023 10:01:22 a.m.

**Certificado de aptitud: 9101275-1314447**

**TRABAJO EN ALTURAS**

## Información del Paciente

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 15 abr 2023 - MEDELLIN | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | EDWIN FERNANDEZ ALFARO | **Identificación:** | 9101275 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 44 | **Teléfono** | 2923139 **Móvil:** 3128061963 |
| **Fecha Nacimiento:** | 07/05/1978 | **Cargo:** | OFICIAL DE CONSTRUCCION |
| **Estado Civil:** | UNIÓN LIBRE | **EPS:** | SALUD TOTAL S.A. EPS ARS |
| **Dirección** | DIAG 55 43 17 | **ARL:** | |
| **Escolaridad:** | BACHILLERATO | **AFP:** | COLPENSIONES |
| **Empresa** | NGM CONSTRUCCIONES S.A.S. | **AREA: OPERATIVA** | |
| | | **Peso: 74 Talla: 166 IMC: 27** | |

## Exámenes Diagnósticos Realizados

| | | |
|---|---|---|
| **AUDIOMETRIA TAMIZ** | ALTERACION LEVE BILATERAL,SIN COMPROMISO DE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES | |
| **ESPIROMETRIAS** | NORMAL | |
| **VISIOMETRIA** | ANORMAL CORREGIDA | |
| **MEDICINA OCUPACIONAL** | | CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS. HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS DEPORTIVOS Y NUTRICIONALES, UTILIZAR EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL APROPIADOS PARA EL OFICIO, UTILIZAR CORRECCIÓN VISUAL, UTILIZAR PLANTILLA ORTOPEDICA EN PIE IZQUIERDO |
| **COLESTEROL TOTAL** | NORMAL | |
| **TRIGLICERIDOS** | NORMAL | |
| **GLUCOSA EN SUERO** | NORMAL | |
| **ANEXO ALTURAS** | APTO PARA ALTURAS, PREVIA CERTIFICACION DE CURSO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y USO ADECUADO DE EPP | |
| **EVALUACION OSTEOMUSCULAR** | NORMAL | |
| **ESQUEMA VACUNACION COVID-19** | ESQUEMA COMPLETO Y REFUERZO | |
| **VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19** | SIN RIESGO | |

## Concepto Laboral

**PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO**
**PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.**

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION.
SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL), UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR.
ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD.
CAPACITAR SOBRE EL SISTEMA DE SEGURIDAD DE EMERGENCIA
EN CASO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, SE DEBE EVITAR LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.
CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 4272 DE 2021.'

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

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

## Información de Remisiones

| | |
|---|---|
| OPTOMETRÍA | EVALUACION PERIORIDA ANUAL- |

## Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen que reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verídicas; autorizo a la IPS SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO para que emita un certificado de aptitud con unas recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para el programas de seguridad y salud en el trabajo y se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de peligros y profesiograma.
'

Gustavo A. Espinal M.

Médico Especialista en Salud Laboral
GUSTAVO ALONSO ESPINAL MONSALVE
LIC. 12644 REG. CMC2016 - 8186

Firma y cédula del Paciente
EDWIN FERNANDEZ ALFARO
Identificación: 9101275

## CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre **NAUN ARTURO GOMEZ MORENO**, mayor de edad y vecino de **MEDELLÍN**, con cédula de ciudadanía **No 71.670.807 de MEDELLÍN**, quien obra en nombre y representación de la firma **NGM CONSTRUCCIONES S.A.S.**, Sociedad comercial, inscrita en la Cámara de Comercio de **MEDELLÍN**, Nit **900.635.581-8**, y que para los efectos de este contrato se denominará el Empleador, y EDWIN FERNANDEZ ALZATE de 44 años de edad, con cédula de ciudadanía No 9.101.275 de CARTAGENA quien se denominará como Trabajador, se ha celebrado el contrato individual de trabajo que se regirá por las siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas: 1°). El trabajador se compromete a colocar al servicio del Empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de OFICIAL DE CONSTRUCCION durante el tiempo que para su especialidad de trabajo lo requiera la ejecución del _____ de la obra **puente biblioteca rionegro**, terminada la cual, se dará por terminado el contrato de trabajo. 2°) Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iniciales de periodo de prueba a partir del 20 ABRIL 2023. Además, que durante estos dos meses (2) cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso, de acuerdo a la ley. 3°) Como remuneración, por sus servicios el Empleador pagará al trabajador la suma de UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS mensuales, $1.700.000, que se pagarán por periodos **QUINCENAL** Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual, o por mera liberalidad, por concepto de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas esta que de conformidad con la Ley 50/90 artículo 15 no constituirán salario, ni se computarán como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos son un medio para facilitar la prestación del servicio y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4°) El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el Empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro Empleador, ni negocios propios de ninguna Indole. 5°) El Empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6°) Las horas extras de trabajo solicitadas previamente por el Empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagarán de acuerdo a la ley. 7°) Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del Empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las disposiciones legales, b) Al contrato de trabajo, c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, d) A las funciones generales o específicas, e) A los manuales de funciones y procedimientos internos, f) Y en general a todas las instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometidas por el trabajador, por acción u omisión, negligencia, o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan justas causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con llamadas de atención escritas, o con suspensiones de hasta por dos (2) meses. 8°) Antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar oportunidad de ser oído al trabajador inculpado. No producirá efecto alguno la sanción disciplinaria que se imponga pretermitiendo este trámite. 9°) Este contrato considera justas causas para ponerle término unilateralmente las enumeradas en el artículo 7° del Decreto 2351/65. Además por parte del Empleador las siguientes calificadas como graves: a) La no asistencia puntual al trabajo tres veces sin excusa suficiente a juicio del empleador en una misma semana, b) El presentarse al trabajo en estado de embriaguez o bajo efecto de sustancias psicoactivas o ingerir bebidas embriagantes, narcóticos o drogas en el sitio de trabajo, aún por la primera vez, c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) la agresión física o verbal hacia sus compañeros de trabajo, el empleador o su representante, e) El abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores, f) la falta injustificada a juicio del Empleador a tres jornadas de trabajo completas en un mismo mes, g) el no utilizar los implementos de seguridad y protección personal aún por la primera vez, h) el sacar del lugar de trabajo sin autorización del empleador o su representante, herramientas de trabajo o material de construcción de propiedad del empleador o del cliente 10°) Cuando el empleador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato, se pagarán al trabajador las indemnizaciones exigidas por la Ley, de acuerdo al artículo 8°. Del Decreto 2351/65. 11°) Con la firma del presente contrato Autorizo al empleador a realizarme prueba de alcoholemia o prueba de sustancias psicoactivas mientras este vigente el contrato. 12°) Se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios al empleador en forma continua desde el día 20 ABRIL 2023, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias.

EL PATRONO
C C

EL TRABAJADOR
C.C. 9.101.275

C-001

Powered by CamScanner

# HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

| Ciudad | Fecha D M A | Empleo o cargo solicitado | Código cargo |
|---|---|---|---|
| | | | |

## I. DATOS PERSONALES

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombres |
|---|---|---|
| Fernandez | Alfaro | Eduwin |



| Profesión, ocupación u oficio | Años de experiencia laboral | ¿Cuánto es su aspiración salarial? |
|---|---|---|
| Oficial de obras Especiales | | $ |

| Lugar de nacimiento | (*) Fecha de nacimiento D M A | (*) Estado civil |
|---|---|---|
| Mompox- Bolivar | 07 05 1978 | Union Libre |

| Dirección domicilio | Barrio | Teléfono |
|---|---|---|
| Diagonal 55 # 43-17 | Bello - Nigua | 3128072962 |

| Cédula de ciudadanía: Nº | (**) Libreta militar Nº |
|---|---|
| 9.101.275 | Distrito Nº Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐ |
| Expedida en: Cartagena. Bolivar | |

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

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

## II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| | Establecimiento | Ciudad | Último grado cursado | Fecha |
|---|---|---|---|---|
| Primaria | C.E.A. Heredia | Mompox. B | | |
| Bachillerato | C.N. Pinillos | Mompox B | | |
| Educación Superior | | | Años cursados | |
| | Título obtenido y/o especialidad | | | |

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

## III. EXPERIENCIA LABORAL

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

| Nombre de la última o actual empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| Estructuras Acabados Hernandez | Carmen de Viboral | 3147391378 |
| **Nombre de su jefe inmediato** | **Cargo(s) desempeñado(s) por usted** | |
| Duver Hernandez | Oficial obras Especiales | |

**Funciones realizadas**

| Fecha de ingreso | Fecha de retiro | Sueldo inicial | Sueldo final o actual |
|---|---|---|---|
| 01-02-2023 | 14-04-2023 | $ | $ |

**Motivo del retiro**

**Verificación** *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

| Nombre de la empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| | | |
| **Nombre de su jefe inmediato** | **Cargo(s) desempeñado(s) por usted** | |
| | | |

**Funciones realizadas**

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

**Motivo del retiro**

**Verificación** *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

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



Powered by CamScanner

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

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

## V. INFORMACIÓN FAMILIAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre esposa(o) o compañera(o): Claudia Patricia Zuleta A. | Profesión, ocupación u oficio: Ama de casa | Empresa donde trabaja: — | |
| Cargo actual | Dirección: Diagonal 55 # 43-17 | Teléfono: 3105662840 | Ciudad: Bello - Ant. |
| N° de personas que dependen económicamente del solicitante: 2 | Parentesco: Hijos | Edades: 14 - 3 años | |
| Nombre(s) padre(s): Maria Alfaro | Profesión, ocupación u oficio | | |

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

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1.- | Paola Andrea Cuellar | Ama de casa | Suaza - Huila | 3222821420 |
| 2.- | Jhon guillermo Zuleta | Independiente | Diagonal 55 # 43-A | 3233605717 |

## VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

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

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

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

**Firma del solicitante**
Edwin Ramirez
C.C.

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Concepto primer entrevistador: | | | |
| | | Vo. Bo. como candidato. Firma | Fecha |
| Concepto segundo entrevistador: | | | |
| | | Vo. Bo. como candidato. Firma | Fecha |
| Conclusiones | | | |
| | | | Fecha |
| Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐ | Contrátese a partir del | | Sueldo $ |
| Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐ | Cargo | | Tipo de contrato |
| Referencias verificadas por | Primer entrevistador | Segundo entrevistador | Firma de quien autoriza contratación |

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **70.001.365**

**ARENAS CHICA**

APELLIDOS

**HERNANDO ALONSO**

NOMBRES

Hernando Arenas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-OCT-1962**

**SAN PEDRO**
**(ANTIOQUIA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.68 | B- | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**04-OCT-1982 PUEBLORRICO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0121800-00210189-M-0070001365 20100122 0020224456A 1 2580594513

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
NGM CONSTRUCCIONES S.A.S.
Identificada con NT No. 900635581

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1010701690410, a partir del 22 de Julio del año 2013.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE DEL EMPLEADO | CENTRO DE TRABAJO | CLASE | TASA | FECHA INICIO COBERTURA | FECHA DE RETIRO | TIPO COTIZANTE | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 70001365 | HERNANDO ALONSO ARENAS CHICA | MEDELLIN-PRINCIPAL OPERATIVO CLASE V | | 6.96% | 07/02/2023 | | DEPENDIENTE | ACTIVO |

Se expide a solicitud del interesado el 6 de Marzo del año 2023.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **HERNANDO ALONSO ARENAS CHICA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **70001365** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 70001365 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | HERNANDO ALONSO ARENAS CHICA |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/06/2019 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 141 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 34 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** 02/03/2023

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

# Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

EPS | sura

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada. Número de Solicitud 6I_771562

| Reingreso 1 | |
|---|---|
| Empleador | NI 900635581 NGM CONSTRUCCIONES SAS |
| Afiliado | CC 70001365 HERNANDO ALONSO ARENAS CHICA |
| Tipo de trabajador | 1 Dependiente |
| Salario Base | $ 1,700,000 |
| Cargo | OTRO |
| Sucursal | MEDELLIN CL 33 # 43 43 OFIC 202 |
| Fecha de ingreso | 06/03/2023 |
| Fecha de radicación | 06/03/2023 01:53:00 p.m. |
| Código de Transacción | 154542856 |
| Resultado del Reingreso 1 | |
| Novedad aplicada con éxito | El período de inicio de pago es 0 /2023 |

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HERNANDO ALONSO ARENAS CHICA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7000[illegible]365**, se encuentra afiliado/a desde **22/06/1993** 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 02 de marzo de 2023.

**Rosa Mercedes Nino 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Certificación Bancaria

Bancolombia

Jueves, 2 de marzo de 2023

**Señores:**
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **HERNANDO ALONSO ARENAS CHICA** identificado(a) con cc. **70001365** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorro | 310-494653-97 | 2023/03/02 | Activa |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 70001365-1289598

Fecha Cierre: 4/03/2023 8:45:46 a. m.

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 04 mar. 2023 - MEDELLIN | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | HERNANDO ALONSO ARENAS CHICA | **Identificación:** | 70001365 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 60 | **Teléfono** | **Móvil:** 3108298706 |
| **Fecha Nacimiento:** | 5/10/1962 | **Cargo:** | ENCARGADO |
| **Estado Civil:** | CASADO(A) | **EPS:** | EPS SURA |
| **Dirección** | CRA 55 96-15 INT 313 | **ARL:** | LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. |
| **Escolaridad:** | PRIMARIA | **AFP:** | COLPENSIONES |
| **Empresa** | NGM CONSTRUCCIONES S.A.S. | **Peso: 79 Talla: 160 IMC: 31** | |
| | | **Área: OPERATIVA** | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | | |
|---|---|---|
| **AUDIOMETRIA TAMIZ** | ANORMAL BILATERAL, NO AFECTA CONVERSACIONALES | |
| **ESPIROMETRIAS** | ANORMAL | |
| **VISIOMETRIA** | ANORMAL CORREGIDO, ANORMAL PARA PERCEPCION DE LOS COLORES | |
| **MEDICINA OCUPACIONAL** | | DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA,, CONTINUAR MANEJO EN SU EPS., DEBE TENER PRECAUCIÓN EN ACTIVIDADES QUE REQUIERAN DISCRIMINACIÓN DE COLORES VERIFICANDO QUE DIFERENCIE SEÑALES DE SEGURIDAD. EVITAR HABITOS COMO TEJO, MUSICA A VOLUMEN ALTO, NO ESCUCHAR POR MAS DE DOS HORAS CONTINUAS AUDIFONOS. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO |
| **COLESTEROL TOTAL** | NORMAL | |
| **TRIGLICERIDOS** | NORMAL | |
| **GLUCOSA EN SUERO** | NORMAL | |
| **ANEXO ALTURAS** | APLAZADO | |
| **EVALUACION OSTEOMUSCULAR** | NORMAL | |
| **ESQUEMA VACUNACION COVID-19** | COMPLETO | |
| **VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19** | SIN RIESGO | |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO**
**APLAZADO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Observaciones: APLAZADO PARA ALTURAS POR ESPIROMETRIA ALTERADA** DEBE CONSULTAR CON MEDICO DE FAMILIA PARA REALIZAR NUEVA ESPIROMETRIA Y/O RX DE TORAX Y TRAERLOS

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION.
SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL), UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR.
ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACION DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD.
CAPACITAR SOBRE EL SISTEMA DE SEGURIDAD DE EMERGENCIA
EN CASO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, SE DEBE EVITAR LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.
CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 4272 DE 2021.
'

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

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

## Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS

OTORRINOLARINGOLOGIA

CONSULTAR CON RESULTADO DE ESPIROMETRIA-

PARA VALORACION Y MANEJO, LLEVAR AUDIOMETRIA--

EDWIN ALBERTO CALLE VILLA

Médico Especialista en Salud Laboral 2019060000017 REG-5-08-05

HERNANDO ALONSO ARENAS CHICA 70001365

Firma cédula del Paciente

NIT. 900.635.581-8

**CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA**

Entre **NAUN ARTURO GOMEZ MORENO**, mayor de edad y ve[cino de **MEDELLÍN**, con cédula de ciudadanía No **71.670.807** de **MEDELLÍN**, quien obra en nombre y representac[ión de la firma **NGM CONSTRUCCIONES S.A.S.**, Sociedad comercial, inscrita en la Cámara de Comercio de MEDELL[ÍN, Nit **900.635.581-8**, y que para los efectos de este contrato se denominará el Empleador, y HERNANDO ALONSO ARENAS CHICA de 60 años de edad, con cédula de ciudadanía No 70.001.365 de PUERTO RICO quien se denominará como Trabajador, se ha celebrado el contrato individual de trabajo q[ue se regirá por las siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas: 1°). El trabajador se compromete a [colocar al servicio del Empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de OFICIAL DE CONSTRUCCION durante el tiempo que para su especialidad de trabajo lo requiera la ejecución de la obra PUENTE BIBLIOTECA, terminada la cual, se dará por terminado el contrato de trabajo. 2°) Ambas pa[rtes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iniciales de periodo de prueba a partir del _____. Además, que durante estos dos meses (2) cualquiera de las partes podrá dar por terminado este co[ntrato unilateralmente sin aviso, de acuerdo a la ley. 3°) Como remuneración por sus servicios el Em[pleador pagará al trabajador la suma de UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS mensuales $1.700.000, que se pagarán por periodos QUINCENAL Los dineros que el trabajador reciba ocasi[onalmente en forma habitual, o por mera liberalidad, por concepto de primas, alimentación, bonificaciones por tarea[s, participación de utilidades, sumas esta que de conformidad con la Ley 50/90 artículo 15 no constituirán salario, ni se computarán como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos son un medio para facilitar la prestac[ión del servicio y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4°) El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el Empleador; además no podrá ocupars[e al servicio de ningún otro Empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5°) El Empleador podrá cambiar a su t[rabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6[°) Las horas extras de trabajo solicitadas previamente por el Empleador después de haber sido laborada la jornada máxim[a legal, se pagarán de acuerdo a la ley. 7°) Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del Empleador [las violaciones por parte del trabajador a: a) A las disposiciones legales, b) Al contrato de trabajo, c) A las prescri[pciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, d) A las funciones generales o específicas, e) A los man[uales de funciones y procedimientos internos, f) Y en general a todas las instrucciones impartidas por el empleador. Las [violaciones cometidas por el trabajador, por acción u omisión, negligencia, o descuido a los anteriores preceptos y que n[o constituyan justas causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunsta[ncias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con llamadas de atención escritas, o con suspensiones [de hasta por dos (2) meses. 8°) Antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar oportunidad de se[r oído al trabajador inculpado. No producirá efecto alguno la sanción disciplinaria que se imponga pretermitiendo est[e trámite. 9°) Este contrato considera justas causas para ponerle término unilateralmente las enumeradas en el artíc[ulo 7° del Decreto 2351/65. Además por parte del Empleador las siguientes calificadas como graves: a) La no [asistencia puntual al trabajo tres veces sin excusa suficiente a juicio del empleador en una misma semana, b) El pre[sentarse al trabajo en estado de embriaguez o bajo efecto de sustancias psicoactivas o ingerir bebidas embriagantes, [narcóticos o drogas en el sitio de trabajo, aún por la primera vez, c) la violación por parte del trabajador de cualq[uiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) la agresión física o verbal hacia sus compañer[os de trabajo, el empleador o su representante, e) El abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores, f) la fa[lta injustificada a juicio del Empleador a tres jornadas de trabajo completas en un mismo mes, g) el no utilizar los imple[mentos de seguridad y protección personal aún por la primera vez, h) el sacar del lugar de trabajo sin autorización del em[pleador o su representante, herramientas de trabajo o material de construcción de propiedad del empleador o del clien[te 10°) Cuando el empleador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato, se pagarán al trabajador la[s indemnizaciones exigidas por la Ley, de acuerdo al artículo 8°. Del Decreto 2351/65. 11°) Con la firma del presente c[ontrato Autorizo al empleador a realizarme prueba de alcoholemia o prueba de sustancias psicoactivas mientras este v[igente el contrato. 12°) Se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios al empleador en forma continu[a desde el día _____, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias.

EL PATRONO
C.C.

EL TRABAJADOR
C.C. 70001365

C-001

Baje gratis aplicativo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com o encuéntrelo en www.aliadolaboral.com

ALIADOLABORAL

7 702124 007790 >

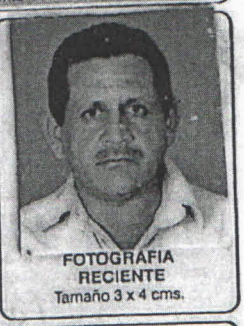
# HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE forma minerva 10-00

| Ciudad | Fecha | Empleo o cargo solicitado | Código cargo |
|---|---|---|---|
| Medellin | 03 / 03 / 2023 | encargado de obra | |

## I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995 — (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 6 Convenio 111 OIT.



FOTOGRAFIA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombres |
|---|---|---|
| Arenas | Ortiz | Hernando Alonso |

| Profesión, ocupación u oficio | Años de experiencia laboral | ¿Cuánto es su aspiración salarial? |
|---|---|---|
| encargado De obra | 15 años | $ |

| Lugar de nacimiento | (*) Fecha de nacimiento | (*) Estado civil |
|---|---|---|
| SanPedro Andes, Antioquia | 05 / 10 / 1962 | casado |

| Dirección domicilio | Barrio | Teléfono |
|---|---|---|
| CR 55 # 96-15 interior 313 | Granjes Sanisidro | 3108298706 |

| Cédula de ciudadanía: N° | (**) Libreta militar N° | Distrito N° | Primera clase: | Segunda clase: |
|---|---|---|---|---|
| 70001365 | | | | |

| Expedida en: | Teléfono | Valor del arriendo |
|---|---|---|
| Pueblo Rico Antioquia | | |

| Licencia de conducción | ¿Vivienda propia? | Nombre del arrendador | Empleado | Tipo de contrato |
|---|---|---|---|---|
| | Si [X] No [ ] | | Independiente | |

| ¿Está trabajando actualmente? | ¿En qué empresa? |
|---|---|
| Si [ ] No [X] | |

## II. EDUCACION Y APTITUDES

| | Establecimiento | Ciudad | Último grado cursado | Fecha |
|---|---|---|---|---|
| Primaria | | Angostura A. | 4 | 1974 |
| Bachillerato | Establecimiento | Ciudad | Último grado cursado | Fecha |
| | | | | |
| Educación Superior | Establecimiento | Ciudad | Años cursados | Fecha |
| | Título obtenido y/o especialidad | | | |

Tipo de formación: Técnica [ ] Tecnológica [ ] Profesional [ ]

¿Qué estudios realiza actualmente? — Horario:

## III. EXPERIENCIA LABORAL

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

| Nombre de la última o actual empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| N G M construcciones | Calle 33. # 43,16 Bloque 1 | 3017026020 |

| Nombre de su jefe inmediato | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |
|---|---|
| Sandra Zivaldo | encargado de obra |

Funciones realizadas

| Fecha de ingreso | Fecha de retiro | Sueldo inicial | Sueldo final o actual |
|---|---|---|---|
| | | $ | $ |

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

| Nombre de la empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| N. G M. construcciones | Calle. 33 # 43.16 | 3017026020 |

| Nombre de su jefe inmediato | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |
|---|---|
| | ayudante oficial encargado De obra |

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro: terminacion de obra

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

©LEGIS. Prohibida toda reproducción total o parcial, por la empresa autorización escrita de LEGIS, bajo cualquier medio conocido o por conocer, so pena de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley autoral

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.045.396.023**

**CIRO ARIAS**

APELLIDOS

**LUIS MARIO**

NOMBRES

Luis Mario Ciro Arias

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-ENE-2004**

**SONSON**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**07-FEB-2022 MEDELLIN**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEG ROCHA

P-0100150-01297085-M-1045396023-20220511 0079291338A 3 8504065492

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
NGM CONSTRUCCIONES S.A.S.
Identificada con NT No. 900635581

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1010701690410, a partir del 22 de Julio del año 2013.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE DEL EMPLEADO | CENTRO DE TRABAJO | CLASE | TASA | FECHA INICIO COBERTURA | FECHA DE RETIRO | TIPO COTIZANTE | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1045396023 | LUIS MARIO CIRO ARIAS | MEDELLIN-PRINCIPAL OPERATIVO CLASE V | | 6.96% | 07/03/2023 | | DEPENDIENTE | ACTIVO |

Se expide a solicitud del interesado el 6 de Marzo del año 2023.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

EPS | sura

Numero de Solicitud 6I_771853

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

| Reingreso 1 | |
|---|---|
| Empleador | NI 900635581 NGM CONSTRUCCIONES SAS |
| Afiliado | CC 1045396023 LUIS MARIO CORO ARIAS |
| Tipo de trabajador | 1 Dependiente |
| Salario Base | $ 1,160,000 |
| Cargo | OTRO |
| Sucursal | MEDELLIN CL 33 # 43 43 OFIC 202 |
| Fecha de ingreso | 06/03/2023 |
| Fecha de radicación | 06/03/2023 02:11:15 p.m. |
| Código de Transacción | 154544230 |
| **Resultado del Reingreso 1** | |
| Novedad aplicada con éxito | El periodo de inicio de pago es 04/2023 |

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **LUIS MARIO CIRO ARIAS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1045396023** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1045396023 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | LUIS MARIO CIRO ARIAS |
| TIPO DE AFILIADO | SUBSIDIADO |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | REGIMEN SUBSIDIADO |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/12/2020 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 0 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 0 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **27/02/2023**

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **CIRO ARIAS LUIS MARIO** identificado(a) con **CC** número **1.045.396.023** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de agosto de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de marzo de 2023.

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 6** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023030111360

comfama

# Registro de afiliación individual

NGM CONSTRUCCIONES S.A.S | NIT 9006355818 | Envío exitoso No. 361651

Ya completaste el registro de afiliación del trabajador y/o su grupo familiar. Revisaremos esta información y, en un término máximo de tres días hábiles, te informaremos el resultado.

## Datos del trabajador

### Información general

| Documento: | Nombre: | Fecha de nacimiento: | Género: | Estado civil: |
|---|---|---|---|---|
| CC 1045396023 | LUIS MARIO CIRO ARIAS | 30/01/2004 | Masculino | Soltero/a |

### Residencia y contacto

| Departamento: | Municipio: | Dirección: | Teléfono celular: | Teléfono fijo: | Correo electrónico: |
|---|---|---|---|---|---|
| Antioquia | Rionegro | CL 10 # 65 - 12 BRR CUATRO ESQUINAS | 3104308833 | | |

### Datos laborales

| Tipo de contrato: | Tipo de salario: | Salario: | Horas contratadas al dia: | Horas contratadas al mes: | Fecha de ingreso a la empresa: |
|---|---|---|---|---|---|
| Fijo | Fijo | $1,160,000 | 8 | 192 | 06/03/2023 |

VIGILADO Supersubsidio

## Archivos adjuntos

### Trabajador: LUIS MARIO CIRO ARIAS

| Tipo de documento | Archivo | Tamaño |
|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía | Cedula Luis Mario Ciro.pdf | 211 KB |

VIGILADO SuperSubsidio

## CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre **NAUN ARTURO GOMEZ MORENO**, mayor de edad y vecino de **MEDELLÍN**, con cédula de ciudadanía No **71.670.807** de **MEDELLÍN**, quien obra en nombre y representación de la firma **NGM CONSTRUCCIONES S.A.S.**, Sociedad comercial, inscrita en la Cámara de Comercio de **MEDELLÍN**, Nit **900.635.581-8**, y que para los efectos de este contrato se denominará el Empleador, y Yuli Mavio Cano de_____ años de edad, con cédula de ciudadanía No 1004539623 de_____ quien se denominará como Trabajador, se ha celebrado el contrato individual de trabajo que se regirá por las siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas: 1º). El trabajador se compromete a colocar al servicio del Empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de Ayudante de construcción durante el tiempo que para su especialidad de trabajo lo requiera la ejecución de la obra Puente Biblioteca, terminada la cual, se dará por terminado el contrato de trabajo. 2º) Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iniciales de periodo de prueba a partir del _____. Además, que durante estos dos meses (2) cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso, de acuerdo a la ley. 3º) Como remuneración, por sus servicios el Empleador pagará al trabajador la suma de_____ mensuales, $1.160.000, que se pagarán por periodos **QUINCENAL** Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual, o por mera liberalidad, por concepto de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas esta que de conformidad con la Ley 50/90 artículo 15 no constituirán salario, ni se computarán como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos son un medio para facilitar la prestación del servicio y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4º) El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el Empleador; además no podrá ocupase al servicio de ningún otro Empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5º) El Empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6º) Las horas extras de trabajo solicitadas previamente por el Empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagarán de acuerdo a la ley. 7º) Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del Empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las disposiciones legales, b) Al contrato de trabajo, c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, d) A las funciones generales o específicas, e) A los manuales de funciones y procedimientos internos, f) Y en general a todas las instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometidas por el trabajador, por acción u omisión, negligencia, o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan justas causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con llamadas de atención escritas, o con suspensiones de hasta por dos (2) meses. 8º) Antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar oportunidad de ser oído al trabajador inculpado. No producirá efecto alguno la sanción disciplinaria que se imponga pretermitiendo este trámite. 9º) Este contrato considera justas causas para ponerle término unilateralmente las enumeradas en el artículo 7º del Decreto 2351/65. Además por parte del Empleador las siguientes calificadas como graves: a) La no asistencia puntual al trabajo tres veces sin excusa suficiente a juicio del empleador en una misma semana, b) El presentarse al trabajo en estado de embriaguez o bajo efecto de sustancias psicoactivas o ingerir bebidas embriagantes, narcóticos o drogas en el sitio de trabajo, aún por la primera vez, c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) la agresión física o verbal hacia sus compañeros de trabajo, el empleador o su representante, e) El abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores, f) la falta injustificada a juicio del Empleador a tres jornadas de trabajo completas en un mismo mes, g) el no utilizar los implementos de seguridad y protección personal aún por la primera vez, h) el sacar del lugar de trabajo sin autorización del empleador o su representante, herramientas de trabajo o material de construcción de propiedad del empleador o del cliente 10º) Cuando el empleador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato, se pagarán al trabajador las indemnizaciones exigidas por la Ley, de acuerdo al artículo 8º. Del Decreto 2351/65. 11º) Con la firma del presente contrato Autorizo al empleador a realizarme prueba de alcoholemia o prueba de sustancias psicoactivas mientras esté vigente el contrato. 12º) Se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios al empleador en forma continua desde el día_____, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias.

EL PATRONO
C.C.

EL TRABAJADOR
C.C. 1004539623

C-001

OPTIMUS
-Soluciones Ocupacionales-
NIT - 71633161-2
www.optimusso.com gerencia@optimusso.com 301 770 58 1 - 310 456 2424



N° 19.798

| 4 | 3 | 2023 |
|---|---|---|

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

## INFORMACIÓN GENERAL

**Empresa Usuario:** NGM CONSTRUCCIONES S.A.S
**Actividad Económica:** OTRAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION DE EDIFICIO
**Lugar del Exámen Ocupacional:** RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
**Fecha de Ingreso:** 04/03/2023 08:56 AM **Fecha de Egreso:** 04/03/2023 02:56 PM

## NOMBRE DEL PACIENTE: CIRO ARIAS LUIS MARIO

**Tipo de Identificación:** CC **Número de Identificación:** 1045396023
**Género:** MASCULINO **Edad:** 19 AÑOS 1 MESES 2 DÍAS
**Fecha de Nacimiento:** 30/01/2004 **Lugar de Nacimiento:** SONSON (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
**Escolaridad:** PRIMARIA **Estado Civil:** SOLTERO(A)
**Dirección Actual y Municipio Donde Habita:** CRA 39AA #45A-125 RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
**Teléfono:** 3104308833
**EPS:** SURA **ARL:** NO POSEE **AFP:** COLPENSIONES

## OCUPACIÓN: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

## EXÁMENES REALIZADOS

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

CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL INGRESO,AUDIOMETRÍA TAMIZ,GLICEMIA,TRIGLICERIDOS,COLESTEROL TOTAL,VISIOMETRIA,ESPIROMETRIA

## CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)**

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS **SI**

| RESTRICCIONES LABORALES/OCUPACIONALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| . | PERMANENTE | 1.-CONOZCA Y CUMPLA LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL; 2.-CONOZCA Y USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL; 3.-REALIZE GIMNASIA ACTIVA Y PRACTIQUE HÁBITOS DE BUENA POSTURA ; 4.-USE PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES DE RUIDO POR ENCIMA DE 80 DB. ; 5.- EL LEVANTAMIENTO DE CARGAS MÁXIMA 50 KG Y TRANSPORTE DE CARGA EN TERRENO LLANO 25 KG. SI REQUIERE MANEJO DE MAS PESO HACER USO DE EQUIPOS MECANICO-ELECTRICOS O AYUDANTIA HUMANA; 6.-USE PROTECCIÓN RESPIRATORIA EN ÁREAS DE GASES, VAPORES O MATERIAL ARTICULADO; 7.-CONOCA LOS SIGNOS DE ALARMA Y RUTAS DE EVACUACIÓN ; 8.- INFORME AL SUPERIOR INMEDIATO TODO EVENTO EN SALUD ; 9.-INGRESE AL SVE ERGONOMICO DE LA EMPRESA. |
| . | TEMPORAL | SE SUGIERE VALORACIÓN POR OPTOMETRA EN SU EPS. SE REMITE. |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

OPTIMUS
-Soluciones Ocupacionales-
NIT - 71633161-2
www.optimusso.com garencia@optimusso.com 301 770 5891 - 3 0 456 2424

| 04 | 03 | 2023 |
|---|---|---|

**N° Identificación:** 1045396023 **Paciente:** CIRO ARIAS LUIS MAR O **Edad:**

*R/.*

OPTOMETRIA

*CORDIAL SALUDO. PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD. OFICIO: AYUD NTE DE CONSTRUCCIÓN. ANTECEDENTES PERSONALES : NO REFIERE . EXAMEN FÍSICO: TA 120 / 80 MMHG; P ULSO: 76 PPM; FR. 27 RPM; TALLA: 161 CM ; PESO: 47 KG. : SE REALIZA VALORACIÓN DE SU AGUDEZA VISUAL OD 20/ 30 D Y 20 / 40 D. SE HACE USO DE CARTA DE SNELLEN Y FONDO DE OJO. AGRADEZCO AMPLIAR ESTUDIO Y TOMAR CONDUC TA.*

J C Velez Rave

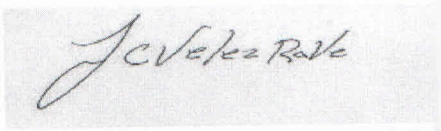
VELEZ RAVE JUAN CARLOS
R.M. 5-1003-97

1.-EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: MENTALMENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA; ENFASIS EN PRUEBAS NEUROLOGICAS DE COORDINACION ESTATICAS Y DINAMICAS, NORMALES; ENFASIS EN VALORACION OSTEOMUSCULAR: COLUMNA VERTEBRAL,TRONCO Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, NORMALES.SIN EVENTOS DERMATOLÓGICOS.
2- SE REALIZA EXAMEN DE LABORATORIO: GLUCOSA EN AYUNAS: NORMAL; COLESTEROL TOTAL: NORMAL; TRIGLICERIDOS: NORMAL.
3.- SE REALIZA VALORACIÓN POR VISIOMETRIA: AGUDEZA VISUAL SU CAPACIDAD VISUAL ES DEFICIENTE, PERO NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION. REQUIERE SER CORREGIDA Y RECONOCIMIENTO DE COLORES NORMAL.
4.-SE REALIZA AUDIOMETRÍA: NORMAL.
5.- SE REALIZA ESPIROMETRÍA: NORMAL.

EVALUACION SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL EVITANDO EL CONTAGIO POR CORONAVIRUS 19. RECOMENDACIONES: 1.-LÁVA LAS MANOS CON FRECUENCIA. 2.-USA EL TAPABOCA-NASAL. 3.- DISTANCIA SOCIAL DE 2 MTS. 4.-NO SALUDE CON BESOS O APRETONES DE MANO. 5.- SI TOSES, CÚBRETE LA BOCA CON EL CODO FLEXIONADO O CON UN PANÚELO DESECHABLE. 6.- NO TE TOQUES LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA. 7.- SI HAY PERDIDA DEL OLFATO O SABOR, FIEBRE O DIFICULTAD PARA RESPIRAR, BUSCA ATENCIÓN MÉDICA, INFORMA A TU SUPERIOR O/Y LLAMA A LA LÍNEA 123. 8.- SIGUE LAS INDICACIONES DE LAS AUTORIDADES LOCALES Y NACIONALES.

**Consentimiento informado:** Bajo gravedad de juramento afirmo que contestado preguntas sin omitir información y son verídicas y verificables sobre mi historia de salud. Asisto voluntariamente, he sido informado (a), acepto, conozco, comprendo la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias diagnosticas realizadas .Para una atención integral y verificable e aporte a la historia clínica electrónica mi foto, huella y firma, se guarde de manera electrónica garantizando reserva y confidencialidad, entregando olo al empleador el Certificado Médico de mi Aptitud física y mental cuando esta última se requiera. El objetivo es establecer mi actual estado de alud y la aptitud para la posible actividad laboral en la empresa Autorizo para que informe al médico de salud ocupacional o laboral de la Empresa sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social). Acepto recomendaciones y restricciones sobre mi salud y puesto de trabajo para cumplir mi labor.

**Médico**



**Firma:**

**Nombre:** VELEZ RAVE JUAN CARLOS

**R. M.:** 5-1003-97 **L.S.O.:** 123526-15

**Código de Seguridad**
L44R1X19798

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** CIRO ARIAS LUIS MARIO

**CC:** 1045396023

# Referencia Bancaria

Martes, 28 de febrero de 2023

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUIS MARIO CIRO ARIAS identificado(a) con CC 1.045.396.023, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 02449342961 | 2023/02/28 | ACTIVA |

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

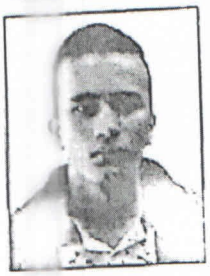
* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: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

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

# HOJA DE VIDA

## LUIS MARIO CIRO ARIAS



### Perfil
Perfil

Soy una persona responsable, colaboradora, con aspiraciones, deseos de superación; aprendo con rapidez y me intereso por cumplir de manera adecuada con la puntualidad, honestidad y responsabilidad en las distintas actividades que realizo.

Dispuesto a cumplir con las distintas funciones, obligaciones y normas laborales que tengan establecidas, me presento con gran entusiasmo a su entidad, y así formar parte del cumplimiento de metas planeadas en su misión.

### Datos Personales
Datos Personales

| | | |
|---|---|---|
| Cedula | : | 1.045.396.023 de Rionegro (Ant) |
| Fecha de Nacimiento | : | Enero 30 de 2004 |
| Lugar de Nacimiento | : | Sonsón Antioquia |
| Estado Civil | : | Soltero |
| Dirección Residencia | : | Barrio Cuatro Esquinas<br>Rionegro Antioquia |
| Celular | : | 310 430 88 33 - 310 700 47 22 |
| Correo Electrónico | : | luismariociroarias@gmail.com |

### Estudios Realizados
Estudios Realizados

| | | |
|---|---|---|
| Título | : | Décimo Grado Actualmente Sábados |
| Institución | : | Escuela Empresarial de Educación |
| Ciudad | : | Medellín Antioquia |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.051.657.030
NUMERO



MARTINEZ AGRAZ
APELLIDOS

RICHARD
NOMBRES

Richard Martinez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1982
MOMPOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.75 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

14-ENE-2005 MOMPOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0504300-30137076-M-1051657030-20050511 00791 05131B 02 181606681

Powered by CamScanner

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
NGM CONSTRUCCIONES S.A.S.
Identificada con NT No. 900635581

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1010701690410, a partir del 22 de Julio del año 2013.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE DEL EMPLEADO | CENTRO DE TRABAJO | CLASE | TASA | FECHA INICIO COBERTURA | FECHA DE RETIRO | TIPO COTIZANTE | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1051657030 | RICHARD MARTINEZ AGRAZ | MEDELLIN-PRINCIPAL OPERATIVO CLASE V | 5 | 6.96% | 25/04/2023 | | DEPENDIENTE | ACTIVO |

Se expide a solicitud del interesado el 24 de Abril del año 2023.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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:

**RICHARD MARTINEZ AGRAZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.051.657.030**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Abril del 2023.

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.

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4010159255 | 2\|4\|0\|4\|2\|0\|2\|3 |

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

**1.tipo de tramite**
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

**2.Tipo afiliacion**
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

**3.Regimen**
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 ☐

**Codigo** (a registrar por la EPS) 1

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| MARTINEZ<br>Primer apellido | AGRAZ<br>Segundo apellido | RICHARD<br>Primer nombre | Segundo nombre |
| **7.Tipo documento de Identidad** | **8.Número del documento de Identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| CC | 1051657030 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 0\|8\|1\|1\|1\|9\|8\|2 |

**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 |
|---|---|---|
| COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A | PORVENIR FPC | 1160000 |

**18.Residencia**

| CL 49 51 15<br>**Dirección** | 3243740<br>**Telefono fijo** | 3243740037<br>**Telefono celular** | NGMCONSTRUCCIONESSAS@GMAIL.COM<br>**Correo electronico** |
|---|---|---|---|

| RIONEGRO<br>**Municipio/Distrito** | **zona** Urbana ☒ Rural ☐ | 57<br>**Localidad / comuna** | ANTIOQUIA<br>**Departamento** |
|---|---|---|---|

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

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

| 19. Apellidos y nombres completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| **20. Tipo documento de identidad** | **21. Número documento identidad** | **22. Sexo** | **23. Fecha de nacimiento** |
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | |

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

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

| | 25. Tipo documento de identidad | 26. Número de identidad | 27.Sexo Femenino | 27.Sexo Masculino | 28.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

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

**32. Datos de residencia**

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | CLINICA SOMER SEDE CORDOBA CAP MEDICA - SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO CAP ODONTOLOGIA | SOMERMEDIC - SOMERODON |
| 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) |
|---|---|---|---|
| NGM CONSTRUCCIONES SAS | NIT | 900635581 | 01 |

**39.Ubicación**

| CL 33 43 16<br>Dirección | 2126069<br>Teleéfono | AUNAG@GMAIL.COM<br>Correo electrónico | MEDELLIN<br>Municipio/distrito | ANTIOQUIA<br>Departamento |
|---|---|---|---|---|

**No de Radicacion**
**4010159255**



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de la identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42.Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | | 2\|4\|0\|4\|2\|0\|2\|3 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| 54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX.ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBEN Número ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

Observaciones

**Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**

comfama

# Registro de afiliación individual

NGM CONSTRUCCIONES S.A.S | NIT 9006355818 | Envío exitoso No. 438222

Con este número podrás hacerle seguimiento a tu afiliación. Revisaremos esta información y, en un término máximo de **tres días hábiles,** te informaremos el resultado.

## Datos del trabajador

### Información general

| Documento: | Nombre: | Fecha de nacimiento: | Género: | Estado civil: |
|---|---|---|---|---|
| CC 1051657030 | RICHARD MARTINEZ AGRAZ | 08/11/1982 | Masculino | Soltero/a |

### Residencia y contacto

| Departamento: | Municipio: | Dirección: | Teléfono celular: | Teléfono fijo: | Correo electrónico: |
|---|---|---|---|---|---|
| Antioquia | Rionegro | VEREDA ABREITO FINCA 120 RIONEG | 3243740037 | 3243740 | |

### Datos laborales

| Tipo de contrato: | Tipo de salario: | Salario: | Horas contratadas al dia: | Horas contratadas al mes: | Fecha de ingreso a la empresa: |
|---|---|---|---|---|---|
| Fijo | Fijo | $1,160,000 | 8 | 192 | 24/04/2023 |

VIGILADO SuperSubsidio

## Archivos adjuntos

**Trabajador:** RICHARD MARTINEZ AGRAZ

| Tipo de documento | Archivo | Tamaño |
| --- | --- | --- |
| Cédula de Ciudadanía | El documento soporte se encuentra en nuestra base de datos. | |

VIGILADO SuperSubsidio

OPTIMUS
-Soluciones Ocupacionales-
NIT - 71633161-2
www.optimusso.com gerencia@optimusso.com 301 770 5891 - 310 456 2424



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — **Atención N°: 10048**

**Fecha:** 15/04/2023 **Ciudad:** RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
**Tipo Exámen:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SALUD TOTAL
**CC:** 1051657030 **Nombre:** MARTINEZ AGRAZ RICHARD **Edad:** 40 AÑOS 5 M **Genero:** MASCULINO
**Fecha Nacimiento:** 08/11/1982 **Empresa:** NGM CONSTRUCCIONES S.A.S **Ocupacion:** AYUDANTE DE CONSTRUCCION

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| NO REPORTA | NO REPORTA | NINGUNA | NO APLICA | 0 | 0 |

**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| TEJO | NO REFIERE | POLÍGONO | NO REFIERE |
| MOTO | NO REFIERE | WALKMAN | NO REFIERE |
| DISCOTECA | NO REFIERE | OTRO | |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE | | |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

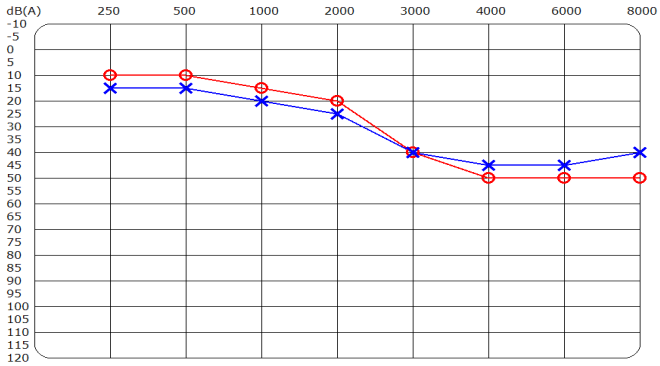
**Descanso auditivo(Horas) :** 8 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
**Marca y Referencia audiometró utilizado:** MAICO 40 **F. Ultima Calibración:** 2021-03-03

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

**OTOSCOPIA**

**Oído derecho:** NORMAL.
**Oído izquierdo:** NORMAL

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | 10 | 10 | 15 | 20 | 40 | 50 | 50 | 50 |
| VAOI | 15 | 15 | 20 | 25 | 40 | 45 | 45 | 40 |




**PTA**

**Oído derecho:** 21.25 **Oído izquierdo:** 25.00

**Descripción Frecuencial**

CAIDAS DE LEVES A MODERADAS BILATERAL SIMETRICAS EN LAS FRECENCIAS DE 3000 A 8000 HERTZ.

**SEVERIDAD - CAOHC**

**Oído derecho:** Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

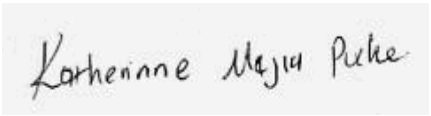
| Código | Nombre del Diagnóstico | Oido | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| Z011 | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES | |
| USE PROTECCIÓN AUDITIVA | |
| CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA | |
| AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA | |
| EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS | |

**Observaciones**

CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES
USE PROTECCIÓN AUDITIVA
CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA
AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA
EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS

**FONOAUDIÓLOGO**

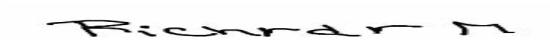


**Firma:**

**Nombre:** MEJIA PUCHE KATHERINNE PAOLA

**R. M.:** 02909 **L.S.O.:**

**TRABAJADOR**



**Firma:**

**Nombre:** MARTINEZ AGRAZ RICHARD

**CC** 1051657030

## CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre **NAUN ARTURO GOMEZ·MORENO**, mayor de edad y vecino de **MEDELLÍN**, con cédula de ciudadanía No **71.670.807** de **MEDELLÍN**, quien obra en nombre y representación de la firma **NGM CONSTRUCCIONES S.A.S.**, Sociedad comercial, inscrita en la Cámara de Comercio de **MEDELLÍN**, Nit **900.635.581-8**, y que para los efectos de este contrato se denominará el Empleador, y Richard Martinez Agraz de_____ años de edad, con cédula de ciudadanía No 1051657030 de Bolivar quien se denominará como Trabajador, se ha celebrado el contrato individual de trabajo que se regirá por las siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas: 1º). El trabajador se compromete a colocar al servicio del Empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de Ayudante de construccion durante el tiempo que para su especialidad de trabajo lo requiera la ejecución del _____ de la obra **puente biblioteca rionegro** , terminada la cual, se dará por terminado el contrato de trabajo. 2º) Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iniciales de periodo de prueba a partir del 25 Abril. Además, que durante estos dos meses (2) cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso, de acuerdo a la ley. 3º) Como remuneración, por sus servicios el Empleador pagará al trabajador la suma de un millon cientosesenta mil mensuales, $1.160000, que se pagarán por periodos **QUINCENAL** Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual, o por mera liberalidad, por concepto de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas esta que de conformidad con la Ley 50/90 artículo 15 no constituirán salario, ni se computarán como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos son un medio para facilitar la prestación del servicio y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4º) El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el Empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro Empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5º) El Empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6º) Las horas extras de trabajo solicitadas previamente por el Empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagarán de acuerdo a la ley. 7º) Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del Empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las disposiciones legales, b) Al contrato de trabajo, c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, d) A las funciones generales o específicas, e) A los manuales de funciones y procedimientos internos, f) Y en general a todas las instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometidas por el trabajador, por acción u omisión, negligencia, o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan justas causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con llamadas de atención escritas, o con suspensiones de hasta por dos (2) meses. 8º) Antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar oportunidad de ser oído al trabajador inculpado. No producirá efecto alguno la sanción disciplinaria que se imponga pretermitiendo este trámite. 9º) Este contrato considera justas causas para ponerle término unilateralmente las enumeradas en el artículo 7º del Decreto 2351/65. Además por parte del Empleador las siguientes calificadas como graves: a) La no asistencia puntual al trabajo tres veces sin excusa suficiente a juicio del empleador en una misma semana, b) El presentarse al trabajo en estado de embriaguez o bajo efecto de sustancias psicoactivas o ingerir bebidas embriagantes, narcóticos o drogas en el sitio de trabajo, aún por la primera vez, c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) la agresión física o verbal hacia sus compañeros de trabajo, el empleador o su representante, e) El abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores, f) la falta injustificada a juicio del Empleador a tres jornadas de trabajo completas en un mismo mes, g) el no utilizar los implementos de seguridad y protección personal aún por la primera vez, h) el sacar del lugar de trabajo sin autorización del empleador o su representante, herramientas de trabajo o material de construcción de propiedad del empleador o del cliente 10º) Cuando el empleador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato, se pagarán al trabajador las indemnizaciones exigidas por la Ley, de acuerdo al artículo 8º. Del Decreto 2351/65. 11º) Con la firma del presente contrato Autorizo al empleador a realizarme prueba de alcoholemia o prueba de sustancias psicoactivas mientras este vigente el contrato. 12º) Se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios al empleador en forma continua desde el día 25-Abril 2023, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias.

EL PATRONO
C.C.

EL TRABAJADOR
C.C. 1051657030

C-001

Powered by CamScanner

# RICHARD MARTINEZ AGRAZ

## DATOS PERSONALES


| | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Richard Martínez Agraz |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 1.051.657.030 de Mompos |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | 08/Noviembre/1982 |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** | Bolívar |
| **DIRECCIÓN** | Vereda Abreito, Finca #120, Rionegro |
| **CELULAR** | 3243740037 |
| **E-MAIL** | richardagraz082@gmail.com |


## PERFIL PROFESIONAL

Soy una persona responsable, puntual, creativa y con muy buena disposición para cualquier tarea que se me asigne. Tengo experiencia en el campo de la construcción.
Me interesa principalmente, trabajar en proyectos con un nivel de innovación alto y un enfoque social.

## FORMACIÓN ACADÉMICA

**Estudios Secundarios:** 3 año / Bachiller Académico
(Escuela Básica Saúl Albano Moreno)
(Mompos)

## EXPERIENCIA LABORAL

**NGM CONSTRUCCIONES**
**CARGO:** Obrero
**JEFE INMEDIATO:** Naun Gómez
**TELEFONO:** 3185577673
**TIEMPO LABORADO:** 11 meses

**MUROS Y TECHOS**
**CARGO:** Operario de Maquinaria
**JEFE INMEDIATO:** Luis Patiño
**TELEFONO:** 3218577553
**TIEMPO LABORADO:** 1 año

**MORENOS MOLINA**
**CARGO:** Obrero
**JEFE INMEDIATO:** Luis Patiño
**TELEFONO:** 3218577553
**TIEMPO LABORADO:** 2 meses

## REFERENCIAS PERSONALES

**LUIS PATIÑO**
Maestro de Obra
Cel: 3218577553

**NAUM GOMEZ**
Jefe Encargado
Cel: 3185577673

_____

**Richard Martínez Agraz**
**1.051.657.030**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 71.983.248

HERNANDEZ RUIZ

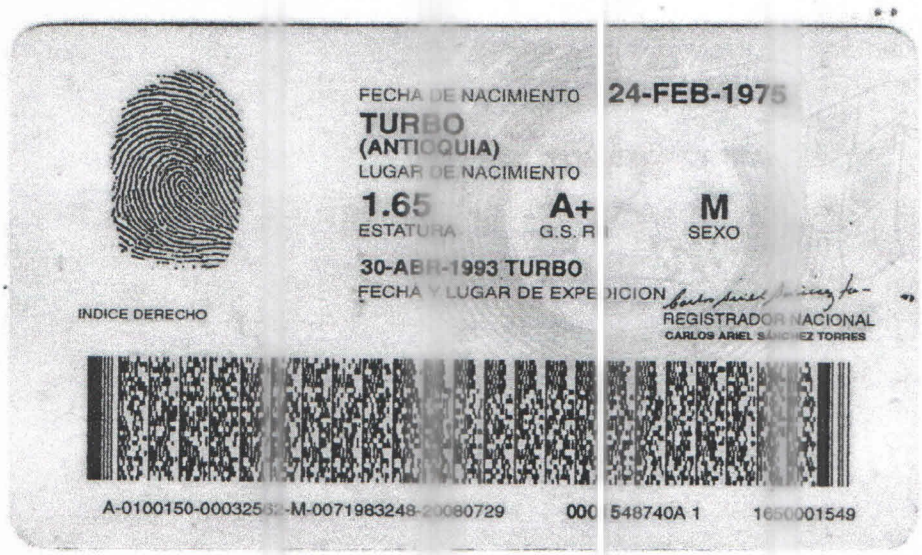
APELLIDOS

SIMON

NOMBRES

Simón Hernández Ruiz

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1975

TURBO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

A+ G.S. R

M SEXO

30-ABR-1993 TURBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0100150-00032[illegible]-M-0071983248-20080729 000 548740A 1 1650001549

SEGUROS
BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
NGM CONSTRUCCIONES S.A.S.
Identificada con NIT No. 900635581

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1010701690410, a partir del 22 de Julio del año 2013.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE DEL EMPLEADO | CENTRO DE TRABAJO | CLASE | TASA | FECHA INICIO COBERTURA | FECHA DE RETIRO | TIPO COTIZANTE | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 71983248 | SIMON HERNANDEZ RUIZ | MEDELLIN-PRINCIPAL OPERATIVO CLASE V | 5 | 6.96% | 07/03/2023 | | DEPENDIENTE | ACTIVO |

Se expide a solicitud del interesado el 6 de Marzo del año 2023.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

*01 B 16227916*

*1101730 76*

## I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: 1. Dependiente [X] 2. Independiente [ ] P. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicios [ ]
CÓDIGO: 10 63
FECHA DE LA SOLICITUD: 06 03 2023
A. AFILIACION

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Hernandez | SEGUNDO APELLIDO: Ruiz | PRIMER NOMBRE: Simon | SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 71983 24 | 9. SEXO: M | 10. FECHA NACIMIENTO: 24 02 1975

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código / Tipo | 12. DISCAPACIDAD: Tipo / Condición | 13. PUNTAJE / NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
15. ADMINISTRADORA DE PENSIONES | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1700000 | 18. INDICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cr 99 70 D 86 | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | ZONA U [ ] | TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3046687506 | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO EPS

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 22. SEXO | 23. FECHA NACIMIENTO | CÓDIGO EPS

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

| | 24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 26. NÚMERO DE IDENTIDAD | 27. SEXO | 28. FECHA DE NACIMIENTO | 29. PARENTESCO | 30. ETNIA | 31. DISCAPACIDAD Tipo | Condición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio. | Departamento | Zona R. U. | Teléfono Fijo | Teléfono Móvil | 33. VALOR UPC ADICIONAL (si lo genera la EPS) | 34. Número de radicado de la PPT | EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CONDICIÓN DISCAPACIDAD | CONDICIÓN GESTANTE | CONDICIÓN GRUPO FAMILIAR | NIVEL DE SISBEN | GRUPO POBLACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | R. U. | | | | | | | | | |
| 2 | | | R. U. | | | | | | | | | |
| 3 | | | R. U. | | | | | | | | | |
| 4 | | | R. U. | | | | | | | | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razon Social: Ugm Construcciones Sas | 36. Tipo documento de identidad: NI | 37. Número documento de identidad: 900635581 | DV | 38. Tipo de aportante: 1 | Pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | Departamento | Municipio
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 06 03 2023 | CARGO | SALARIO: 1700000

## 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/O 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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de) | 43. EPS ANTERIOR Código | 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CONDICIÓN DISCAPACIDAD | CONDICIÓN GESTANTE | CONDICIÓN GRUPO FAMILIAR | NIVEL SISBEN | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro bajo gravedad de juramento que el (la) Beneficiario(a) reportado(a) depende económicamente de mi
desde el (la) ____ del (mes) ____ de (año) ____ Identificado(a) con ____ No ____
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el (los) Beneficiario(s) reportado(s) depende(n) económicamente de mí
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 presentación de los documentos que acreditan la condición de beneficiario(a). Anexo soporte de Excusa
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cónyuge de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Relación Prestacional de Servicio de Salud
50. Autorización para que la EPS consulte 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 monitoree datos personales del cotizante a 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 consignados en mis datos

## VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Simon Hernandez Ruiz
55. Firma y sello del representante de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio: Natalia Cartes

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] LID [ ] SC [ ] PE [ ] 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 de hecho o declare la separación de cuerpos y bienes para el reconocimiento de 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 bienes para el reconocimiento 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. Declaración en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración notarial de abandono del menor
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 acta administrativa o providencia de la autoridad competente en la que conste la custodia del beneficiario o afiliado adicional menor de edad

Nueva eps
Para uso exclusivo
Radicado
06-03-2023

## 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 aplicación | 69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. 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.

- ORIGINAL - EPS -

Powered by CamScanner

nueva eps

**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) SIMON HERNANDEZ RUIZ identificado(a) con CC 71983248 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **01/05/2021** |
| **Estado de la Afiliación** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **INTEGRACION EN SALUD PROMEDAN IPS UT -CENTRO** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 02 días del mes de marzo del año 2023.

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**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ RUIZ SIMON** identificado(a) con **CC** número **71.983.248** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 18 de agosto de 2004 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de marzo de 2023.

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 4 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023030209224

NIT. 900.635.581-8

## CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA O[BRA] O LABOR DETERMINADA

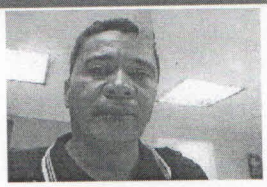
Entre **NAUN ARTURO GOMEZ MORENO**, mayor de edad y [v]ecino de **MEDELLÍN**, con cédula de ciudadanía No **71.670.807** de **MEDELLÍN**, quien obra en nombre y represent[ación] de la firma **NGM CONSTRUCCIONES S.A.S.**, Sociedad comercial, inscrita en la Cámara de Comercio de **MEDE[LLÍN]**, Nit **900.635.581-8**, y que para los efectos de este contrato se denominará el Empleador, y SIMON HER[NANDEZ RUIZ] de 48 años de edad, con cédula de ciudadanía No 71.983.248 de TURBO (ANT) quien se denominará como Trabajador, se ha celebrado el contrato individual de trabajo que se regirá por las siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas: 1º). El trabajador se compromete a colocar al servicio del Empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de OFICIAL DE CONSTRUCCION durante el tiempo que para su especialidad de trabajo lo requiera la ejecución de la obra PUENTE BIBLIOTECA, terminada la cual, se dará por terminado el contrato de trabajo. 2º) Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iniciales de periodo de prueba a partir del _____. Además, que durante estos dos meses (2) cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso, de acuerdo a la ley. 3º) Como remuneración, por sus servicios el empleador pagará al trabajador la suma de UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS mensuales, $1.700.000, que se pagarán por periodos **QUINCENAL** Los dineros que el trabajador reciba ocas[ionalmente en forma habitual, o por mera liberalidad, por concepto de primas, alimentación, bonificaciones por tare[as, participación de utilidades, sumas esta que de conformidad con la Ley 50/90 artículo 15 no constituirán salari[o, ni se computarán como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos son un medio para facilitar la presta[ción del servicio y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4º) El trabajador se obliga a ejecutar su oficio co[n el debido cuidado y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el Empleador; además no podrá ocupar[se al servicio de ningún otro Empleador, ni negocios propios de ninguna Indole. 5º) El Empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. [6º) Las horas extras de trabajo solicitadas previamente por el Empleador después de haber sido laborada la jornada máxi[ma legal, se pagarán de acuerdo a la ley. 7º) Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del Empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las disposiciones legales, b) Al contrato de trabajo, c) A las presc[ripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, d) A las funciones generales o específicas, e) A los ma[nuales de funciones y procedimientos internos, f) Y en general a todas las instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometidas por el trabajador, por acción u omisión, negligencia, o descuido a los anteriores preceptos y que [no constituyan justas causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunst[ancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con llamadas de atención escritas, o con suspensione[s de hasta por dos (2) meses. 8º) Antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar oportunidad de se[r oído al trabajador inculpado. No producirá efecto alguno la sanción disciplinaria que se imponga pretermitiendo es[te trámite. 9º) Este contrato considera justas causas para ponerle término unilateralmente las enumeradas en el artí[culo 7º del Decreto 2351/65. Además por parte del Empleador las siguientes calificadas como graves: a) La no [asistencia puntual al trabajo tres veces sin excusa suficiente a juicio del empleador en una misma semana, b) El pr[esentarse al trabajo en estado de embriaguez o bajo efecto de sustancias psicoactivas o ingerir bebidas embriagantes, [narcóticos o drogas en el sitio de trabajo, aún por la primera vez, c) la violación por parte del trabajador de cualq[uiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) la agresión física o verbal hacia sus compañer[os de trabajo, el empleador o su representante, e) El abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores, f) la fa[lta injustificada a juicio del Empleador a tres jornadas de trabajo completas en un mismo mes, g) el no utilizar los imple[mentos de seguridad y protección personal aún por la primera vez, h) el sacar del lugar de trabajo sin autorización del em[pleador o su representante, herramientas de trabajo o material de construcción de propiedad del empleador o del clien[te 10º) Cuando el empleador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagarán al trabajador la[s indemnizaciones exigidas por la Ley, de acuerdo al artículo 8º. Del Decreto 2351/65. 11º) Con la firma del presente c[ontrato Autorizo al empleador a realizarme prueba de alcoholemia o prueba de sustancias psicoactivas mientras este v[igente el contrato. 12º) Se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios al empleador en forma continu[a desde el día _____, haciendo constar que desde esta fecha han empezado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias.

EL PATRONO
C.C.

Simon Hernandez R
EL TRABAJADOR
C.C 71983248

C-001

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 71983248-1289595

Fecha Cierre: 04/03/2023 10:02:07

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 04 mar 2023 - MEDELLIN | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | SIMON HERNANDEZ RUIZ | **Identificación:** | 71983248 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 48 | **Teléfono** | 2436181 **Móvil:** 3046687506 |
| **Fecha Nacimiento:** | 24/02/1975 | **Cargo:** | OFICIAL |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | SALUD TOTAL S.A. EPS ARS |
| **Dirección** | CRA 99 # 70 D - 86 | **ARL:** | COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A. |
| **Escolaridad:** | BACHILLERATO | **AFP:** | PROTECCION S.A. |
| **Empresa** | NGM CONSTRUCCIONES S.A.S. | **Peso 79 Talla: 165 IMC: 29** | |
| | | **Área OPERATIVA** | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | | |
|---|---|---|
| **AUDIOMETRIA TAMIZ** | ANORMAL LEVE BILATERAL | |
| **ESPIROMETRIAS** | NORMAL | |
| **VISIOMETRIA** | ANORMAL PARA VISION CERCANA | |
| **MEDICINA OCUPACIONAL** | | CREAR Y/O MANTENER HÁBITOS SALUDABLES. EVITAR HABITOS COMO TEJO, MUSICA A VOLUMEN ALTO, NO ESCUCHAR POR MAS DE DOS HORAS CONTINUAS AUDIFONOS. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS. EVITAR AZUCARES PROCESADOS Y ALIMENTOS RICOS EN CARBOHIDRATOS |
| **COLESTEROL TOTAL** | NORMAL | |
| **GLUCOSA EN SUERO** | NORMAL | |
| **TRIGLICERIDOS** | ANORMAL MODERADON | |
| **ANEXO ALTURAS** | CUMPLE | |
| **EVALUACION OSTEOMUSCULAR** | NORMAL | |
| **ESQUEMA VACUNACION COVID-19** | SIN RIESGO | |
| **VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19** | SIN RIESGO | |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO**
**PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.**

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION.
SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL), UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR.
ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD.
CAPACITAR SOBRE EL SISTEMA DE SEGURIDAD DE EMERGENCIA
EN CASO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, SE DEBE EVITAR LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.
CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 1272 DE 2021.
'

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

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

## Información de Remisiones

| | |
|---|---|
| OPTOMETRÍA | VALORACION EN SU EPS- |

MÉDICINA GENERAL EPS -CITA CON COPIA DE LABORATORIOS

Jhony Sarmiento

SIMON HERNANDEZ R.

JHONY ENRIQUE SARMIENTO BARBOZA

Médico Especialista en Salud Laboral 2018060031133 5559110

SIMON HERNANDEZ RUIZ 71983248

Firma y cédula del Paciente

# Certificación Bancaria

Bancolombia

Jueves, 2 de marzo de 2023

**Señores:**
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **SIMON HERNANDEZ RUIZ** identificado(a) con cc. **71983248** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorro | 253-187856-71 | 2014/01/23 | 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 a 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

# HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

| Ciudad | Fecha | Empleo o cargo solicitado | Código cargo |
|---|---|---|---|
| Medellin | D 03 M 03 A 2023 | Oficial de Construccion | |

## I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 11 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombres |
|---|---|---|
| Hernandez | Ruiz | Simon |

| Profesión, ocupación u oficio | Años experiencia laboral | ¿Cuánto es su aspiración salarial? |
|---|---|---|
| Oficial de obra | 12 años. | $ |

| Lugar de nacimiento | (*) Fecha de nacimiento | (*) Estado civil |
|---|---|---|
| Turbo Antioquia | D 24 M 07 A 1975 | Libre |

| Dirección domicilio | Barrio | Teléfono |
|---|---|---|
| cr 99 # 70d-96 | Sta Cecilia | 304 668-7506 |

| Cédula de ciudadanía: N° | (**) Libreta militar N° |
|---|---|
| 71933248 | |

| Expedida en: | Distrito N° | Primera clase: | Segunda clase: |
|---|---|---|---|
| Turbo Ant | | | |

Tamaño 3 x 4 cms.

| Licencia de conducción | ¿Vivienda propia? | Nombre del arrendador | Teléfono | Valor del arriendo |
|---|---|---|---|---|
| | Si [X] No [ ] | | | |

| ¿Está trabajando actualmente? | ¿En qué empresa? | Empleado / Independiente | Tipo de contrato |
|---|---|---|---|
| Si [ ] No [X] | | [ ] / [ ] | |

## II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| | Establecimiento | Ciudad | Último grado cursado | Fecha |
|---|---|---|---|---|
| Primaria | I. Educativa Pedritas | Turbo | 5° | 1993 |
| Bachillerato | I. de Formacion para Jovenes | Bogota | 11° | 20-06-2020 |
| Educación Superior | Establecimiento | Ciudad | Años cursados | Fecha |
| | Título obtenido y/o especialidad | Tipo de formación: Técnica [ ] Tecnológica [ ] Profesional [ ] | | |

¿Qué estudios realiza actualmente? Horario:

## III. EXPERIENCIA LABORAL

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

| Nombre de la última o actual empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| Consorcio CCC Tunjo | 7347861 9400 ex 1079 | 3113576330 |

| Nombre de su jefe inmediato | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |
|---|---|
| Tatiana Granda Serna | Oficial categoria 7. |

Funciones realizadas

| Fecha de ingreso | Fecha de retiro | Sueldo inicial | Sueldo final o actual |
|---|---|---|---|
| 04-02-2021 | 30-11-2022 | | $ 1.654.500 |

Motivo del retiro: Terminacion obra

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

| Nombre de la empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| N-G-M Construcciones. | cll 53 # 43-16. lozuela de San Diego | 301-702-6020 |

| Nombre de su jefe inmediato | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |
|---|---|
| Sandra | Oficial |

Funciones realizadas

| Fecha de ingreso | Fecha de retiro | Sueldo inicial | Sueldo final |
|---|---|---|---|
| 07-09-2015 | 12-12-2020 | | $ - |

Motivo del retiro: Terminacion de obra

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*



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

REGIONAL ANTIOQUIA

# ACTA DE GRADO

No. y Fecha de Registro : 197304 del 11/11/2011

## EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

**CONSIDERANDO QUE:**

***HECTOR ALBERTO QUINTERO MACIAS***

con documento de identificación No. CC.1036616971

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE

# TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL

CON NIVEL DE INGLÉS B2

En constancia de lo anterior se firma la presente en ITAGÜÍ a los 24 días del mes de Noviembre de 2011.

HILARIO VALENCIA-VALENCIA

SUBDIRECTOR(A) (E) CENTRO DE FORMACIÓN EN DISEÑO, CONFECCIÓN Y MODA.

REGIONAL ANTIOQUIA

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

**1.036.616.971**

NUMERO

**QUINTERO MACIAS**

APELLIDOS

**HECTOR ALBERTO**

NOMBRES

HECTOR QUINTERO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-AGO-1988**

**MEDELLIN**
**(ANTIOQUIA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.60** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**23-AGO-2006 ITAGUI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0115100-43155269-M-1036616971-20061205 **04064** 06339A 02 218186054

Scanned by TapScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## *HECTOR ALBERTO QUINTERO MACIAS*

con documento de identificación No. CC.1036616971

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

**Título**

de

## TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL

CON NIVEL DE INGLÉS B2

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en ITAGÜÍ

a los 24 días del mes de Noviembre de 2011.

HILARIO VALENCIA VALENCIA

SUBDIRECTOR(A) (E) CENTRO DE FORMACIÓN EN DISEÑO, CONFECCIÓN Y MODA.

REGIONAL ANTIOQUIA

197304 11/11/2011

Número y Fecha Registro

Escaneado con CamScanner

# SuAporte | Prefactura

**Fecha creación reporte:** 2023-02-05, 05:26:01 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Número Planilla:** 61203074

**Periodo Cotización:** enero de 2023 **Periodo Servicio:** febrero de 2023

**Fecha limite de pago:** 2023-02-17

## GUARDADA 05/02/2023

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NGM CONSTRUCCIONES SAS | **Nombre Sucursal** | AGREGADOS | **Código Sucursal** | 03 |
| **Documento** | NI900635581 | **Dirección** | CL 33 #43 - 16 | | |
| **Tipo de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 4181225 | | |
| **Tipo Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | SUCURSAL | **Total Afiliados** | 39 |
| **Ciudad** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| **Representante Legal** | GOMEZ MORENO NAUN ARTURO | **Identificación** | CC71670807 | | |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 8339646 | CONDE COGOLLO YOVANY | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 22 | 22 | 22 | 22 | PROTECCION | $ 1.051.181 | $ 168.200 | EPS SURA | $ 1.051.181 | $ 42.100 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.051.181 | $ 73.200 | COMFAMA | $ 1.051.181 | $ 42.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 325.600 |
| CC 8462901 | VALLEJO MARTINEZ JAIRO HERNAN | 01 | 00 | X | | | | | | X | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | COLPENSIONES | $ 1.483.658 | $ 237.400 | EPS SURA | $ 1.483.658 | $ 59.400 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.483.658 | $ 103.300 | COMFAMA | $ 1.483.658 | $ 59.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 459.500 |
| CC 10033238 | ARBOLEDA MORALES OSCAR EDUARDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | PORVENIR | $ 38.667 | $ 6.200 | EPS SURA | $ 38.667 | $ 1.600 | SEGUROS BOLIVAR | $ 38.667 | $ 0 | COMFAMA | $ 37.774 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 7.800 |
| CC 10033238 | ARBOLEDA MORALES OSCAR EDUARDO | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 27 | 27 | 27 | 27 | PORVENIR | $ 1.796.349 | $ 287.500 | EPS SURA | $ 1.796.349 | $ 71.900 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.796.349 | $ 125.100 | COMFAMA | $ 1.796.349 | $ 71.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 556.400 |
| CC 10324344 | VALENCIA ALZATE JUAN DE JESUS | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | COLPENSIONES | $ 1.209.444 | $ 193.600 | SALUD TOTAL EPS | $ 1.209.444 | $ 48.400 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.209.444 | $ 84.200 | COMFAMA | $ 1.209.444 | $ 48.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 374.600 |
| CC 14567852 | GRAJALES TORRES JOSE DUVIAN | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PORVENIR | $ 1.854.890 | $ 296.800 | SALUD TOTAL EPS | $ 1.854.890 | $ 74.200 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.854.890 | $ 129.200 | COMFAMA | $ 1.854.890 | $ 74.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 574.400 |
| CC 15607412 | MESTRE HERRERA FREDY GERMAN | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PORVENIR | $ 1.686.069 | $ 269.800 | EPS SURA | $ 1.686.069 | $ 67.500 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.686.069 | $ 117.400 | COMFAMA | $ 1.686.069 | $ 67.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 522.200 |
| CC 15683507 | ARGEL BURGOS JAIME LUIS | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | COLPENSIONES | $ 1.231.415 | $ 197.100 | NUEVA EPS | $ 1.231.415 | $ 49.300 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.231.415 | $ 85.800 | COMFAMA | $ 1.231.415 | $ 49.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 381.500 |
| CC 70139303 | ZAPATA TOBON LUIS ALDUAR | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PROTECCION | $ 2.084.479 | $ 333.600 | EPS SURA | $ 2.084.479 | $ 83.400 | SEGUROS BOLIVAR | $ 2.084.479 | $ 145.100 | COMFAMA | $ 2.084.479 | $ 83.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 645.500 |
| CC 70140475 | CARMONA MADRID LISANDRO DE JESUS | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PROTECCION | $ 1.761.717 | $ 281.900 | EPS SURA | $ 1.761.717 | $ 70.500 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.761.717 | $ 122.700 | COMFAMA | $ 1.761.717 | $ 70.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 545.600 |
| CC 71187748 | FLOREZ CARVAJAL PEDRO JOSE | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | COLPENSIONES | $ 2.170.297 | $ 347.300 | EPS SURA | $ 2.170.297 | $ 86.900 | SEGUROS BOLIVAR | $ 2.170.297 | $ 151.100 | COMFAMA | $ 2.170.297 | $ 86.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 672.200 |
| CC 71768593 | VILLEGAS GOMEZ DONALDO DE JESUS | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PORVENIR | $ 2.143.998 | $ 343.100 | SALUD TOTAL EPS | $ 2.143.998 | $ 85.800 | SEGUROS BOLIVAR | $ 2.143.998 | $ 149.300 | COMFAMA | $ 2.143.998 | $ 85.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 664.000 |
| CC 71781580 | CARDONA VILLA JOHN WILMAR | 01 | 00 | X | X | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 19 | 19 | 19 | 19 | PORVENIR | $ 1.191.766 | $ 190.700 | EPS SURA | $ 1.191.766 | $ 47.700 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.191.766 | $ 83.000 | COMFAMA | $ 1.191.766 | $ 47.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 369.100 |
| CC 71877340 | ORTIZ GIRALDO HELBER ALBERTO | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PROTECCION | $ 1.185.689 | $ 189.800 | NUEVA EPS | $ 1.185.689 | $ 47.500 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.185.689 | $ 82.600 | COMFAMA | $ 1.185.689 | $ 47.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 367.400 |
| CC 78301770 | JIMENEZ CORDERO SERGIO LUIS | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PROTECCION | $ 1.865.620 | $ 298.500 | NUEVA EPS | $ 1.865.620 | $ 74.700 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.865.620 | $ 129.900 | COMFAMA | $ 1.865.620 | $ 74.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 577.800 |
| CC 79728875 | CORDOBA RIVAS CARLOS ANTONIO | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 22 | 22 | 22 | 22 | COLPENSIONES | $ 1.464.681 | $ 234.400 | EPS SURA | $ 1.464.681 | $ 58.600 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.464.681 | $ 102.000 | COMFAMA | $ 1.464.681 | $ 58.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 453.600 |
| CC 92400625 | CHIQUILLO TORO WILBER | 01 | 00 | X | | | | | X | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PORVENIR | $ 1.450.217 | $ 232.100 | NUEVA EPS | $ 1.450.217 | $ 58.100 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.450.217 | $ 101.000 | COMFAMA | $ 1.450.217 | $ 58.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 449.300 |
| CC 98553826 | MUÑOZ JARAMILLO HERIBERTO ANTONIO | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | COLPENSIONES | $ 2.632.611 | $ 421.300 | EPS SURA | $ 2.632.611 | $ 105.400 | SEGUROS BOLIVAR | $ 2.632.611 | $ 183.300 | COMFAMA | $ 2.632.611 | $ 105.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 815.400 |
| CC 98622008 | PABON RESTREPO WALTER ANTONIO | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | COLPENSIONES | $ 1.854.681 | $ 296.800 | EPS SURA | $ 1.854.681 | $ 74.200 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.854.681 | $ 129.100 | COMFAMA | $ 1.854.681 | $ 74.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 574.300 |
| CC 1003287378 | COCHERO PEREZ REINALDO ENRIQUE | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PORVENIR | $ 2.276.188 | $ 364.200 | NUEVA EPS | $ 2.276.188 | $ 91.100 | SEGUROS BOLIVAR | $ 2.276.188 | $ 158.500 | COMFAMA | $ 2.276.188 | $ 91.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 704.900 |
| CC 1010138535 | MACHACON VIDES LUIS ALEJANDRO | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PROTECCION | $ 1.358.399 | $ 217.400 | NUEVA EPS | $ 1.358.399 | $ 54.400 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.358.399 | $ 94.600 | COMFAMA | $ 1.358.399 | $ 54.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 420.800 |
| CC 1017242007 | AREIZA ROMERO JOHN SNEYDER | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PORVENIR | $ 1.269.125 | $ 203.100 | SALUD TOTAL EPS | $ 1.269.125 | $ 50.800 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.269.125 | $ 88.400 | COMFAMA | $ 1.269.125 | $ 50.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 393.100 |
| CC 1035227078 | CUARTAS VELILLA JUIAN CAMILO | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 14 | 14 | 14 | 14 | PORVENIR | $ 1.023.532 | $ 163.800 | EPS SURA | $ 1.023.532 | $ 41.000 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.023.532 | $ 71.300 | COMFAMA | $ 1.023.532 | $ 41.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 317.100 |
| CC 1035229818 | CIFUENTES RIOS CESAR AUGUSTO | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 22 | 22 | 22 | 22 | COLPENSIONES | $ 969.209 | $ 155.100 | SALUD TOTAL EPS | $ 969.209 | $ 38.800 | SEGUROS BOLIVAR | $ 969.209 | $ 67.500 | COMFAMA | $ 969.209 | $ 38.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 300.200 |
| CC 1035233578 | FRANCO GARCIA ALEXANDER | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 9 | 9 | 9 | 9 | PORVENIR | $ 348.000 | $ 55.700 | SAVIA SALUD | $ 348.000 | $ 14.000 | SEGUROS BOLIVAR | $ 348.000 | $ 24.300 | COMFAMA | $ 348.000 | $ 14.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 108.000 |
| CC 1035860723 | CORREA YEPES DIEGO ALBERTO | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PORVENIR | $ 1.149.121 | $ 183.900 | SALUD TOTAL EPS | $ 1.149.121 | $ 46.000 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.149.121 | $ 80.000 | COMFAMA | $ 1.149.121 | $ 46.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 355.900 |
| CC 1035864667 | BRAN GARCIA JUAN SEBASTIAN | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PORVENIR | $ 2.080.460 | $ 332.900 | EPS SURA | $ 2.080.460 | $ 83.300 | SEGUROS BOLIVAR | $ 2.080.460 | $ 144.900 | COMFAMA | $ 2.080.460 | $ 83.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 644.400 |
| CC 1036616971 | QUINTERO MACIAS HECTOR ALBERTO | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PORVENIR | $ 2.006.344 | $ 321.100 | EPS SURA | $ 2.006.344 | $ 80.300 | SEGUROS BOLIVAR | $ 2.006.344 | $ 139.700 | COMFAMA | $ 2.006.344 | $ 80.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 621.400 |
| CC 1036629355 | MONA SANCHEZ OMAR ALEXANDER | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PORVENIR | $ 2.386.295 | $ 381.900 | EPS SURA | $ 2.386.295 | $ 95.500 | SEGUROS BOLIVAR | $ 2.386.295 | $ 166.100 | COMFAMA | $ 2.386.295 | $ 95.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 739.000 |
| CC 1036689752 | RIVERA CORREA NEPHY MORRONY | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 22 | 22 | 22 | 22 | PORVENIR | $ 902.018 | $ 144.400 | SALUD TOTAL EPS | $ 902.018 | $ 36.100 | SEGUROS BOLIVAR | $ 902.018 | $ 62.800 | COMFAMA | $ 902.018 | $ 36.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 279.400 |
| CC 1036839440 | GIRALDO OCAMPO EDILSON | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 22 | 22 | 22 | 22 | PORVENIR | $ 1.522.230 | $ 243.600 | EPS SURA | $ 1.522.230 | $ 60.900 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.522.230 | $ 106.000 | COMFAMA | $ 1.522.230 | $ 60.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 471.400 |
| CC 1038807556 | QUICENO USUGA JAIDER ANDRES | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 22 | 22 | 22 | 22 | PROTECCION | $ 1.124.941 | $ 180.000 | EPS SURA | $ 1.124.941 | $ 45.000 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.124.941 | $ 78.300 | COMFAMA | $ 1.124.941 | $ 45.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 348.300 |
| CC 1039284454 | DURANGO USUGA CARLOS ANDRES | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | COLFONDOS | $ 2.143.196 | $ 343.000 | SALUD TOTAL EPS | $ 2.143.196 | $ 85.800 | SEGUROS BOLIVAR | $ 2.143.196 | $ 149.200 | COMFAMA | $ 2.143.196 | $ 85.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 663.800 |
| CC 1040758222 | GIRALDO OCAMPO EDWIN DE JESUS | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PORVENIR | $ 1.257.352 | $ 201.200 | NUEVA EPS | $ 1.257.352 | $ 50.300 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.257.352 | $ 87.600 | COMFAMA | $ 1.257.352 | $ 50.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 389.400 |
| CC 1101873230 | CHIQUILLO MERCADO WILDER | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | PROTECCION | $ 1.286.939 | $ 206.000 | NUEVA EPS | $ 1.286.939 | $ 51.500 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.286.939 | $ 89.600 | COMFAMA | $ 1.286.939 | $ 51.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 398.600 |
| CC 1128438465 | ECHAVARRIA SILVA JUAN ESTEBAN | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | PROTECCION | $ 77.334 | $ 12.400 | EPS SURA | $ 77.334 | $ 3.100 | SEGUROS BOLIVAR | $ 77.334 | $ 0 | COMFAMA | $ 75.548 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 15.500 |
| CC 1128438465 | ECHAVARRIA SILVA JUAN ESTEBAN | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 26 | 26 | 26 | 26 | PROTECCION | $ 1.717.493 | $ 274.800 | EPS SURA | $ 1.717.493 | $ 68.700 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.717.493 | $ 119.600 | COMFAMA | $ 1.717.493 | $ 68.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 531.800 |

**Pagado: 05/02/2023** | **Empresa NI900635581 NGM CONSTRUCCIONES SAS** | **Planilla Nro: 61203074** | **Periodo Cotización: enero de 2023** | **Periodo Servicio: febrero de 2023**

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1214747805 | BONILLA GONZALEZ LEANDRO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | PORVENIR | $ 77.334 | $ 12.400 | NUEVA EPS | $ 77.334 | $ 3.100 | SEGUROS BOLIVAR | $ 77.334 | $ 0 | COMFAMA | $ 51.551 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 15.500 |
| CC 1214747805 | BONILLA GONZALEZ LEANDRO | 01 | 00 | X | X | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 23 | 23 | 23 | 23 | PORVENIR | $ 1.171.744 | $ 187.500 | NUEVA EPS | $ 1.171.744 | $ 46.900 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.171.744 | $ 81.600 | COMFAMA | $ 1.171.744 | $ 46.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 362.900 |
| PT 5280093 | PALENCIA CORREA JAIRO XAVIER | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 18 | 18 | 18 | 18 | PORVENIR | $ 846.413 | $ 135.500 | SAVIA SALUD | $ 846.413 | $ 33.900 | SEGUROS BOLIVAR | $ 846.413 | $ 59.000 | COMFAMA | $ 846.413 | $ 33.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 262.300 |
| PT 6222039 | NAVEA CUICAS RICARDO JAVIER | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 18 | 18 | 18 | 18 | PORVENIR | $ 1.067.724 | $ 170.900 | SAVIA SALUD | $ 1.067.724 | $ 42.800 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.067.724 | $ 74.400 | COMFAMA | $ 1.067.724 | $ 42.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 330.900 |
| PT 7167240 | ZARRAGA REYES JONATHAN JOSE | 01 | 00 | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 18 | 18 | 18 | 18 | PORVENIR | $ 916.506 | $ 146.700 | SAVIA SALUD | $ 916.506 | $ 36.700 | SEGUROS BOLIVAR | $ 916.506 | $ 63.800 | COMFAMA | $ 916.506 | $ 36.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 283.900 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 59.135.326 | $ 59.135.326 | $ 59.135.326 | $ 59.106.864 | $ 9.463.600 | $ 0 | $ 0 | $ 2.367.200 | $ 4.104.500 | $ 2.359.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 18.294.700 | $ 0 | $ 18.294.700 |



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

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.040.182.456
OSPINA DUQUE

APELLIDOS
DIEGO ALEXANDER

NOMBRES
Diego Alexander O

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-1993
LA CEJA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-MAR-2011 RETIRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-0121100-00301016-M-1040182456-20110516 0026972185A 1 36201653

Medellín, 26 de Abril de 2023

**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 PERFOTIERRAS SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL , Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1040182456 | OSPINA DUQUE DIEGO ALEXANDER | 24/04/2023 | | 22523315 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |

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:C713193482311651143

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 26/04/2023 14:12:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.212.199, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Inicio | Mi Seguridad Social
Mi Seguridad Social | Portal vir
https://miseguridadsocial.gov.co 8080/Afiliacion/FormularioUnicoAfiliacion/ResumenTransaccion?Id=20687743
GOV.CO
Mi Seguridad Social
Inicio
Sesión
Salir

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 069CC1040182456260420230834000002 | 2023-04-26 | Contributivo | Cotizante | 2023-06-01 |

*Datos básicos del cotizante o cabeza de familia*

| Tipo de documento | Número de documento | Nombre completo | Fecha de nacimiento | Sexo |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1040182456 | Diego Alexander Ospina Duque | 1993-02-16 | Hombre |

*Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia*

| Departamento | Municipio | Localidad | Zona | Dirección | Etnia | Tipo de discapacidad | Condición de discapacidad | Grupo sanguíneo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Antioquia | Retiro | | Rural | vereda la amapola | Sin Información | Ninguno | Ninguno | O Negativo (-) |

Subir

*Datos del traslado*

*Fecha efectividad: 2023-06-01*

Buscar
ESP
8:36 a. m.
26/04/2023
Powered by CamScanner

Inicio | Mi Seguridad Social | Mi Seguridad Social | Portal vi

https://miseguridadsocial.gov.co:8080/Afiliacion/FormularioUnicoAfiliacion/ResumenTransaccion?Id=20687743

GOV.CO

Mi Seguridad Social

Inicio | Sesión | Salir

*amapola* *Información* *(-)*

*Datos del traslado* *Fecha efectividad: 2023-06-01*

| *EPS origen* | *IPS origen* | *EPS destino* | *IPS destino* | *Excepción al tiempo de permanencia para el traslado* |
|---|---|---|---|---|
| *ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.* | *FUNDACION HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE EL RETIRO* | *NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.* | | *Tener más del tiempo mínimo de permanencia* |

**Rechazar** **Confirmar**

*Subir*

Buscar ESP 8:37 a. m. 26/04/2023

Powered by CamScanner

Inicio | Mi Seguridad Social

Mi Seguridad Social | Portal vir

https://miseguridadsocial.gov.co:8080/Novedades/Novedad/GuardarNovedad

Inicio | Sesión | Salir

Proceso exitoso

*La novedad de traslado se ha registrado de manera exitosa, recuerde informar a su empleador, en los casos que aplique, el cambio de EPS. Usted recibirá un correo electrónico con las instrucciones para consultar el detalle de la novedad realizada bajo el número 069CC10401824562604202308340002*

**Finalizar**

Buscar

ESP 8:37 a. m. 26/04/2023

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
"Código Unicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

# SOPORTE DE AFILIACIÓN Y/O REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS - SAT

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

01 B 13995221

No. de Radicación SAT: 69CC1040182456260420230834000002

CODIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C1998

## AFILIACIÓN

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

CONTRIBUTIVO | SUBSIDIADO | CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Ospina | SEGUNDO APELLIDO: Duque | PRIMER NOMBRE: Diego | SEGUNDO NOMBRE: Alexander

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1040182456 | 9. SEXO: M

10. FECHA NACIMIENTO: 16 02 1993 | 11. NACIONALIDAD

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

CIUDAD / MUNICIPIO: Retiro | DEPARTAMENTO: Antioquia | ZONA: CABECERA MUNICIPAL ☐ CENTRO POBLADO ☐ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐ | TELÉFONO FIJO | EXT.

TELÉFONO MÓVIL: 3203451780 | CORREO ELECTRÓNICO | IPS | IPS ODONTOLÓGICA

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

| | 27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DE IDENTIDAD | 30. NACIONALIDAD | COMUNIDAD | 31. SEXO | 32. FECHA DE NACIMIENTO | 33. PARENTESCO | 34. ETNIA | 35. DISCAPACIDAD SI | NO | SEÑALIZACIÓN DISCAPACIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |

| | 36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio. | Departamento | Zona | Teléfono | 37. VALOR UPC | 38. CÓDIGO IPS | CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA | EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G | U.G.F | C.T.A | SISBEN NIVEL | GRUPO | GRUPO POBLACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | I. ☐ | II. ☐ | |
| 2 | | | | | | | | | | | I. ☐ | II. ☐ | |
| 3 | | | | | | | | | | | I. ☐ | II. ☐ | |
| 4 | | | | | | | | | | | I. ☐ | II. ☐ | |
| 5 | | | | | | | | | | | I. ☐ | II. ☐ | |

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

39. Nombre o Razón Social: Perpotierra | 40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 41. Número documento de identidad: 900872137 | DV | 42. Tipo de aportante o pagador de pensiones

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN

| | | FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL | CARGO | OCUPACIÓN | SALARIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**IX. FIRMAS**

Diego Alexander O
61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

Tatiana Chalarca
62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

Powered by CamScanner

comfama

# Registro de afiliación individual

PERFOTIERRAS S.A.S | NIT 9008721376 | Envío exitoso No. 443141

Con este número podrás hacerle seguimiento a tu afiliación. Revisaremos esta información y, en un término máximo de **tres días hábiles,** te informaremos el resultado.

## Datos del trabajador

### Información general

| Documento: | Nombre: | Fecha de nacimiento: | Género: | Estado civil: |
|---|---|---|---|---|
| CC 1040182456 | DIEGO ALEXANDER OSPINA DUQUE | 16/02/1993 | Masculino | Soltero/a |

### Residencia y contacto

| Departamento: | Municipio: | Dirección: | Teléfono celular: | Teléfono fijo: | Correo electrónico: |
|---|---|---|---|---|---|
| Antioquia | El Retiro | VEREDA LA AMAPOLA | 3203451780 | | diegoalexanderospinaduque@gmail.com |

### Datos laborales

| Tipo de contrato: | Tipo de salario: | Salario: | Horas contratadas al dia: | Horas contratadas al mes: | Fecha de ingreso a la empresa: |
|---|---|---|---|---|---|
| Fijo | Fijo | $1,160,000 | 8 | 198 | 24/04/2023 |

VIGILADO SuperSubsidio

## Archivos adjuntos

**Trabajador:** DIEGO ALEXANDER OSPINA DUQUE

| Tipo de documento | Archivo | Tamaño |
|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía | CEDULA DIEGO.pdf | 182 KB |

VIGILADO SuperSubsidio

Radicado a través de: Empleador
Fecha y hora de Radicado 26/04/2023, 08:49:51
Por: Jhon Fernando Florez Alzate

VIGILADO SuperSubsidio

# RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES



IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS
NIT: 900520548-1

**Consecutivo: 1040182456 - 65610**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 24/04/2023 - LA CEJA | **Tipo de Examen:** | INGRESO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS |
| **Paciente:** | DIEGO ALEXANDER OSPINA DUQUE | **Identificación:** | 1040182456 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 30 | **Teléfono** | **Móvil:** 3203451780 |
| **Fecha Nacimiento:** | 16/02/1993 | **Cargo:** | AYUDANTE DE OBRA |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | SAVIA SALUD |
| **Dirección** | VEREDA LA AMAPOLA | **ARL:** | NO REPORTA |
| **Escolaridad:** | BACHILLER | **AFP:** | NO REPORTA |
| **Empresa** | PERFOTIERRAS SAS | | |

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Las evaluaciones médicas ocupacionales hacen parte del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolla el empleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.
Por este motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:

### REMISIONES

| | |
|---|---|
| **MEDICINA GENERAL EPS** | PERFIL LIPIDICO ALTERADO REQUIERE CONTROL Y MANEJO. |

### RECOMENDACIONES GENERALES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA Y EJERCICIO, REALIZAR PAUSAS SALUDABLES QUE ESTABLEZCA LA EMPRESA, UTILIZAR LOS EPP SUMINISTRADOS PARA LA LABOR

### OBSERVACIONES

**NOTA:** : Se solicita al trabajador presentar constancia ante el empleador del seguimiento realizado ante la entidad de salud correspondiente para el cumplimiento de las anteriores recomendaciones médicas laborales, en cumplimiento a la Resolución 0312 de Febrero/2019.

**PERFOTIERRAS SAS**



HUGO FERNANDO BARRIOS ACOSTA 2018060369413 5000800
Médico Especialista en Salud Laboral

Fima encargado SG - SST

Fima recibido trabajador

**PERFOTIERRAS**
**Kilómetro 3 vía la ceja – san Antonio – Antioquia**
Nit: 900872137-6
3043937163-3113080678
perfotierras@hotmail.com

**La ceja, 24 abril de 2023**

**NOMBRE DEL EMPLEADOR**: JHON FERNANDO FLOREZ ALZATE
**DOMICILIO DEL EMPLEADOR**: KM 3 VIA LA CEJA – SAN ANTONIO

**NOMBRE DEL TRABAJADOR**: DIEGO ALEXANDER OSPINA DUQUE

**DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR**: VEREDA LA AMAPOLA, EL RETIRO - ANT.
**LUGAR DE NACIMIENTO**: LA CEJA, ANT.
**FECHA DE NACIMIENTO**:16/02/1993
**IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**:1.040.182.456
**OFICIO QUE DESEMPEÑARÁ EL TRABAJADOR**: AYUDANTE DE OBRA
**SALARIO**: $ 1.160.000
**HORARIO:** 7.00 – 5:00
**PERÍODO DE PAGO**: QUINCENAL
**FECHA DE INICIO**: 24 DE ABRIL DE 2023
**TIPO DE CONTRATO**: INDEFINIDO.

Entre los suscritos a saber: **PERFOTIERRAS S.A.S** , Representada Legalmente por **JHON FERNANDOFLOREZ ALZATE** y vecino de Medellín-Antioquia, identificado con la Cédula de Ciudadanía Nº 71.319.348 de una parte, y quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR** y **DIEGO ALEXANDER OSPINA DUQUE**, mayor de edad y vecino(a) de **la ceja - Antioquia** , identificado(a) como aparece al pie de sufirma, por la otra, quien en adelante se denominará **EL TRABAJADOR**, se ha convenido celebrar el presentecontrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.**—EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR y éste se obliga: **a)** A poner al servicio del EMPLEADOR toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficiomencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta EL EMPLEADOR o sus representantes. **b)** A no prestar directa ni indirectamenteservicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato. **c)** Cumplir las metas propuestas por **EL EMPLEADOR**. **d)** Abstenerse de realizarllamadas de carácter extorsivo o cualquier índole que atente contra la moral, la ética y las buenas costumbresde los clientes. **e)** Observar el debido respeto hacia los clientes. En forma manual, Sustantivo del Trabajo.Se aclara y se conviene que en los casos en los que EL TRABAJADOR devengue comisiones o cualquier otramodalidad de salario variable,
—EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada ordinaria establecida por EL EMPLEADOR, así:(7:00 A.M –5:00 P:M)

JHON FERNANDO FLOREZ
Representante Legal
C.C 71.319. 348

Diego Alexander O.
1040782456
DIEGO ALEXANDER OSPINA DUQUE
Ayudante obra
C.C 1.040.182.456

Instagram: @perfotierras
Facebook: Perfotierras
WhatsApp: 3043937163-3113080678

# DIEGO ALEXANDER OSPINA DUQUE



## Datos Personales

| | |
|---|---|
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 1.040.182.456 |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | 16 de febrero 1993 |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** | La ceja |
| **ESTADO CIVIL** | Soltero |
| **DIRECCIÓN** | **vereda la amapola** |
| **MUNICIPIO** | El retiro, Ant. |
| **TELÉFONO** | 3203451780 |
| **E-MAIL** | diegoalexanderospinaduque@gmail.com |

## Formación Académica

| | |
|---|---|
| **Estudios tecnológicos** | **UNIVERDIDAD CES** |
| **CARRERA** | Mecánico automotriz |
| **CIUDAD** | Medellin (2015) |

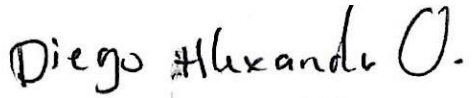
## Experiencia Laboral

| | |
|---|---|
| **EMPRESA** | **CONCRECIMIENTOS** |
| **CARGO** | Ingeniero mecánico |
| **JEFE INMEDIATO** | Nelson alvarez |
| **FECHA INICIO** | mayo 2022 |
| **FECHA RETIRO** | enero 2023 |
| **TELÉFONO** | **3104231698** |

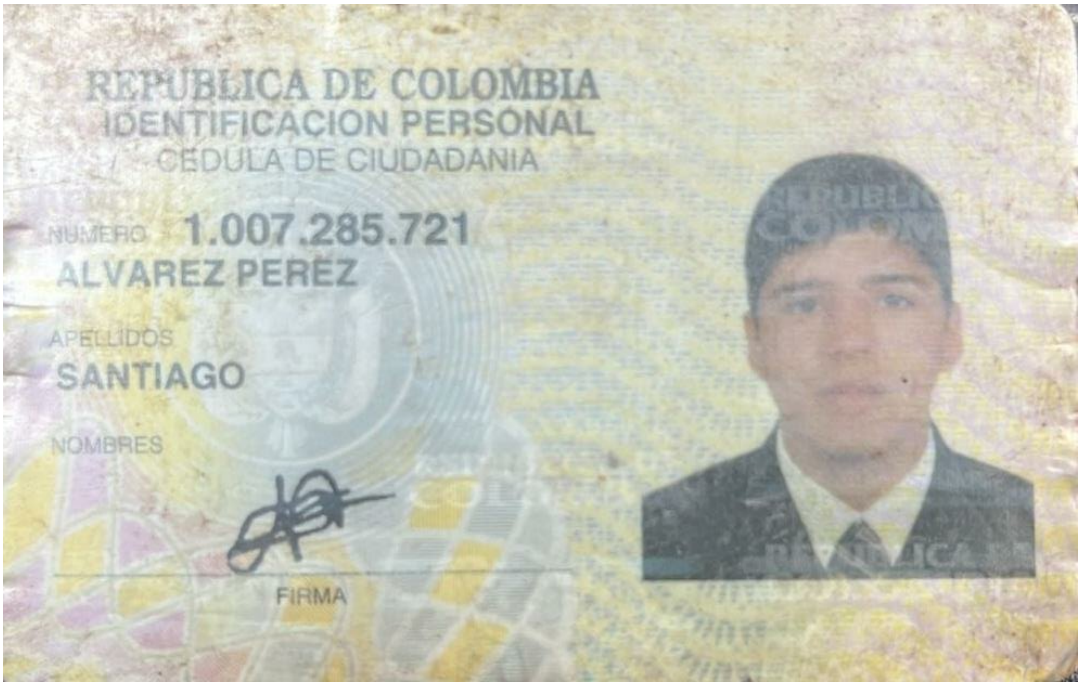
## Referencias Personales

**Santiago Álvarez**
**Tel. 3025125096**

**Flor estella duque**
**Tel: 3207739226**



**Diego Alexander Ospina Duque**
**CC.** 1.040.182.456 de El Retiro, Antioquia


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.007.285.721
ALVAREZ PEREZ
APELLIDOS
SANTIAGO
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1995
LA CEJA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-ABR-2013 LA CEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-0116300-00446724-M-1007285721-20130703
0033872089A 2
40240652

Medellín, 19 de April de 2023

**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 PERFOTIERRAS S.A.S..

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1007285721 | ALVAREZ PEREZ SANTIAGO | 20/04/2023 | | 22620321 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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 19/04/2023 16:29:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.41.177, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# NUEVA EPS S.A

**NIT: 900156264-2**

**CERTIFICA QUE:**

El 2023-04-20 06:52:18, el empleador **PERFOTIERRAS SAS** identificado con **NI** número **900872137** registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 599728795173 | 2023-04-20 06:52:18 | REINGRESO |

**DETALLE**

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1007285721 | SANTIAGO ALVAREZ | 1160000 | PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS VARIOS | 2023-04-19 |

**La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Abril del año 2023.**

**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:

**SANTIAGO ALVAREZ PEREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.285.721**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

comfama

# Registro de afiliación individual

PERFOTIERRAS S.A.S | NIT 9008721376 | Envío exitoso No. 444995

Con este número podrás hacerle seguimiento a tu afiliación. Revisaremos esta información y, en un término máximo de **tres días hábiles,** te informaremos el resultado.

## Datos del trabajador

### Información general

| Documento: | Nombre: | Fecha de nacimiento: | Género: | Estado civil: |
|---|---|---|---|---|
| CC 1007285721 | SANTIAGO ALVAREZ PEREZ | 17/02/1995 | Masculino | Soltero/a |

### Residencia y contacto

| Departamento: | Municipio: | Dirección: | Teléfono celular: | Teléfono fijo: | Correo electrónico: |
|---|---|---|---|---|---|
| Antioquia | La Ceja | CL 28AESTE # 17ESTE - 8 APARTAMENTO | 3205125096 | | Santiagocr2500@gmail.com |

### Datos laborales

| Tipo de contrato: | Tipo de salario: | Salario: | Horas contratadas al dia: | Horas contratadas al mes: | Fecha de ingreso a la empresa: |
|---|---|---|---|---|---|
| Fijo | Fijo | $1,160,000 | 8 | 196 | 20/04/2023 |

VIGILADO SuperSubsidio

## Archivos adjuntos

**Trabajador:** SANTIAGO ALVAREZ PEREZ

| Tipo de documento | Archivo | Tamaño |
|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía | CEDULA SANTIAGO ALVAREZ P..pdf | 195 KB |

VIGILADO SuperSubsidio

Radicado a través de: Empleador
Fecha y hora de Radicado 26/04/2023, 15:17:44
Por: Jhon Fernando Florez Alzate

VIGILADO SuperSubsidio

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



**IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS**
NIT: 900520548-1
LSO 60004127

**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PARA LABORES DE CONDUCCIÓN**
**Certificado de aptitud: 1007285721-65565**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 22/04/2023 - LA CEJA | **Tipo de Examen:** | INGRESO CONDUCTOR |
| **Paciente:** | SANTIAGO ALVAREZ PEREZ | **Identificación:** | 1007285721 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 28 | **Teléfono** | **Móvil:** 3025125096 |
| **Fecha Nacimiento:** | 17/02/1995 | **Cargo:** | CONDUCTOR (A) |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | NUEVA EPS |
| **Dirección** | CL 28 N17-08 | **ARL:** | NO REPORTA |
| **Escolaridad:** | BACHILLER | **AFP:** | NO REPORTA |
| **Empresa** | PERFOTIERRAS SAS | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA PARA CONDUCTORES** | CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA LABORES DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL.EXCELENTE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES, ATENCIÓN FIJA A ESTIMULOS NUEVOS CON RÁPIDA RESPUESTA, REACCION AL FRENADO APROPIADA, SE EVIDENCIA MUY BUENA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ, CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN VIAL. |
| **AUDIOMETRÍA TAMIZ** | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO |
| **VISIOMETRÍA** | CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA |
| **MEDICINA OCUPACIONAL** | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS. |
| **GLICEMIA** | PRUEBA REALIZADA |
| **PERFIL LIPÍDICO** | PRUEBA REALIZADA |
| **PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS X 2 (COC,THC)** | PRUEBA REALIZADA |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**EXAMEN DE INGRESO SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO. SIN SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A COVID-19. APTO PARA REALIZAR LABORES DE CONDUCCIÓN.**

Observaciones: Audiometría dentro de parámetros normales, evaluación visual dentro de parámetro normales, evaluación psicosensometríca dentro de parámetros normales esperados.

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

NO

## Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'

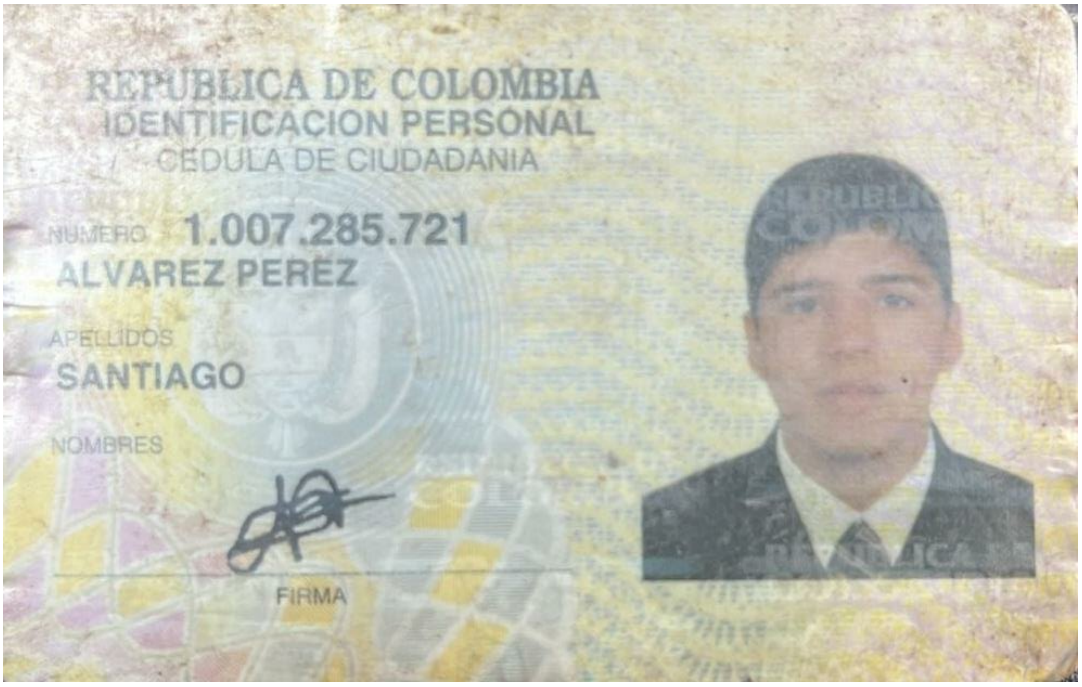
JORGE HERNAN RAMIREZ

SANTIAGO ALVAREZ PEREZ 1007285721

Firma y cédula del Paciente

LSO 2019060038895 RM 5-4995-12

Médico Especialista en Salud Laboral


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.007.285.721
ALVAREZ PEREZ
APELLIDOS
SANTIAGO
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1995
LA CEJA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-ABR-2013 LA CEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-0116300-00446724-M-1007285721-20130703
0033872089A 2
40240652

Medellín, 19 de April de 2023

**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 PERFOTIERRAS S.A.S..

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1007285721 | ALVAREZ PEREZ SANTIAGO | 20/04/2023 | | 22620321 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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 19/04/2023 16:29:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.41.177, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# NUEVA EPS S.A

**NIT: 900156264-2**

**CERTIFICA QUE:**

El 2023-04-20 06:52:18, el empleador **PERFOTIERRAS SAS** identificado con **NI** número **900872137** registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 599728795173 | 2023-04-20 06:52:18 | REINGRESO |

**DETALLE**

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1007285721 | SANTIAGO ALVAREZ | 1160000 | PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS VARIOS | 2023-04-19 |

**La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Abril del año 2023.**

**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:

**SANTIAGO ALVAREZ PEREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.285.721**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2023.

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.

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



**IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS**
NIT: 900520548-1
LSO 60004127

**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PARA LABORES DE CONDUCCIÓN**
**Certificado de aptitud: 1007285721-65565**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 22/04/2023 - LA CEJA | **Tipo de Examen:** | INGRESO CONDUCTOR |
| **Paciente:** | SANTIAGO ALVAREZ PEREZ | **Identificación:** | 1007285721 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 28 | **Teléfono** | **Móvil:** 3025125096 |
| **Fecha Nacimiento:** | 17/02/1995 | **Cargo:** | CONDUCTOR (A) |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | NUEVA EPS |
| **Dirección** | CL 28 N17-08 | **ARL:** | NO REPORTA |
| **Escolaridad:** | BACHILLER | **AFP:** | NO REPORTA |
| **Empresa** | PERFOTIERRAS SAS | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA PARA CONDUCTORES** | CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA LABORES DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL.EXCELENTE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES, ATENCIÓN FIJA A ESTIMULOS NUEVOS CON RÁPIDA RESPUESTA, REACCION AL FRENADO APROPIADA, SE EVIDENCIA MUY BUENA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ, CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN VIAL. |
| **AUDIOMETRÍA TAMIZ** | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO |
| **VISIOMETRÍA** | CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA |
| **MEDICINA OCUPACIONAL** | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS. |
| **GLICEMIA** | PRUEBA REALIZADA |
| **PERFIL LIPÍDICO** | PRUEBA REALIZADA |
| **PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS X 2 (COC,THC)** | PRUEBA REALIZADA |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**EXAMEN DE INGRESO SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO. SIN SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A COVID-19. APTO PARA REALIZAR LABORES DE CONDUCCIÓN.**

Observaciones: Audiometría dentro de parámetros normales, evaluación visual dentro de parámetro normales, evaluación psicosensometríca dentro de parámetros normales esperados.

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

NO

## Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'

JORGE HERNAN RAMIREZ

SANTIAGO ALVAREZ PEREZ 1007285721

Firma y cédula del Paciente

LSO 2019060038895 RM 5-4995-12

Médico Especialista en Salud Laboral

**PERFOTIERRAS**
**Kilómetro 3 vía la ceja – san Antonio – Antioquia**
Nit: 900872137-6
3043937163-3113080678
perfotierras@hotmail.com

**La ceja, 19 de marzo del 2023**

**NOMBRE DEL EMPLEADOR**: JHON FERNANDO FLOREZ ALZATE
**DOMICILIO DEL EMPLEADOR**: KM 3 VIA CALDAS – AMAGA

**NOMBRE DEL TRABAJADOR**: SANTIAGO ALVAREZ PEREZ

**DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR**: CALLE 28 # 17 – 08 BARRIO EL RECREO
**LUGAR DE NACIMIENTO**: LA CEJA (ANTIOQUIA)
**FECHA DE NACIMIENTO**:17 DE FEBRERO DE 1995
**IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**:1.007.285.721
**OFICIO QUE DESEMPEÑARÁ EL TRABAJADOR**: OPERARIO
**SALARIO**: $ 1.160.000
**HORARIO:** 7.00 – 5:00
**PERÍODO DE PAGO**: QUINCENAL
**FECHA DE INICIO**: 19 DE ABRIL DE 2023
**TIPO DE CONTRATO**: INDEFINIDO.

Entre los suscritos a saber: **PERFOTIERRAS S.A.S** , Representada Legalmente por **JHON FERNANDOFLOREZ ALZATE** y vecino de Medellín-Antioquia, identificado con la Cédula de Ciudadanía Nº 71.319.348 de una parte, y quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR** y **SANTIAGO ALVAREZ ALZATE**, mayor de edad y vecino(a) de **la ceja - Antioquia** , identificado(a) como aparece al pie de sufirma, por la otra, quien en adelante se denominará **EL TRABAJADOR**, se ha convenido celebrar el presentecontrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.**—EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR y éste se obliga: **a)** A poner al servicio del EMPLEADOR toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficiomencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta EL EMPLEADOR o sus representantes. **b)** A no prestar directa ni indirectamenteservicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato. **c)** Cumplir las metas propuestas por **EL EMPLEADOR**. **d)** Abstenerse de realizarllamadas de carácter extorsivo o cualquier índole que atente contra la moral, la ética y las buenas costumbresde los clientes**. e)** Observar el debido respeto hacia los clientes**.** En forma manual, Sustantivo del Trabajo.Se aclara y se conviene que en los casos en los que EL TRABAJADOR devengue comisiones o cualquier otramodalidad de salario variable,
—EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada ordinaria establecida por EL EMPLEADOR, así:(7:00 A.M –5:00 P:M)

JHON FERNANDO FLOREZ
Representante Legal
C.C 71.319. 348

SANTIAGO ALVAREZ PEREZ
Operario
C.C 1.007.285.721