864

Anexo 3.3-11: Anexo 16 Ausentismo

ANEXO 16.
AUSENTISMO

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL AUSENTISMO LABOI
CONSORCIO PITA 7
2023

MES DEL EVENTO	NOMBRE TRABAJADOR	CEDULA TRABAJADOR	CARGO	ÁREA	TIPO DE EVENTO (A.T., E.L., E.G.)	PERIODO DE INCAPACIDAD		DÍAS DE INCAPACIDAD	PERIODO DE INCAPACIDAD POR PRORROGA		PRORROGA	TOTAL DÍAS DE INCAPACIDAD	DÍAS CARGA
						INICIAL	FINAL		INICIAL	FINAL			
ABRIL	CAMILO ANDRES SOTO LOPEZ	1037469366	AYUDANTE	OPERATIVA	A.T.	20/04/2023	22/04/2023	3	0	0	0	3	0
MAYO	LUISA FERNANDA RUIZ	1007055322	AUXILIAR VIAL	OPERATIVA	A.C. - E.G.	16/05/2023	17/05/2023	2	0	0	0	2	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0
											0	0	0

866

867

Metrosalud

Empresa Social del Estado Metrosalud
Nit: 800.058.016-1
INCAPACIDAD
UH SAN ANTONIO DE PRADO

Consecutivo: 427693

Tipo documento:	Cédula	**Documento:** 1.007.055.322	**No. Historia Clínica:**	1007055322	**Fecha:** May.16/2023
Apellidos y Nombres:	RUIZ LUISA FERNANDA				**Sexo:** FEMENINO
Edad:	23 Años		**Dirección:**	SAN ANTONIO	
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS				**Teléfono:** 2861359 3104217800
Nivel:	Nivel 2		**Tipo afiliación:**	CONTRIBUTVO	**Atención:** 42

Incapacidad? Si **Prorroga?** No
Diagnóstico CIE-10: R51X Cefalea
Diagnóstico 1:
Días Incapacidad: DOS (2)
Fecha Incapacidad: **Inicia:** May.16/2023 **Termina:** May.17/2023
Causa Incapacidad: Enfermedad General
Tipo Incapacidad: Ambulatoria
Observaciones:
Médico Tratante: PEREZ LOPEZ VALENTINA
Especialidad: Medicina General

Perez Lopez Valentina
Identificación: 1.152.710.244
Reg: 1152710244
Medicina General

Usuario: OLONDOÑO Página: 1 de 1 05-16-2023 08:23:30 XENCO S.A.< vfincapacidad >

Metrosalud

Empresa Social del Estado Metrosalud

Nit: 800.058.016-1

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 10606 UH SAN ANTONIO DE PRADO

NOMBRE DEL PACIENTE: LUISA FERNANDA RUIZ

Documento: CC 1.007.055.322 **H.C.** 1007055322

Fecha nacimiento: Feb.04/2000 **Edad:** 23 Años **Sexo:** Femenino

Dirección: SAN ANTONIO **Télefono:** 2861359 **Ciudad:** MEDELLIN

Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS **Etnia:** Otros

ATENCION: **Fecha:** May.16/2023 **Hora:** 08:06

Causa externa: Enfermedad General **Finalidad:** No Aplica

Motivo consulta: " ME DUELE LA CABEZA"

Enfermedad actual: PACIENTE DE 23 AÑOS DE EDAD, REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 SEMANAS DE EVOLUCION DE DOLOR CABEZA FROTNAL TIPO PULSANTE DE INTENSIDAD 9/10 ESCALA ANLOGA DEL DOLOR, LA DESPERTO EN LA NOCHE, HACIENDO GIMANSIO EMPEROA, NAUSEAS, EMESIS 1 EPISODIO, ASTENIA, ADINAMIA, EMEPORA CON EL RUIDO,NIEGA MAREO, TINTIUS, SE AUTOMEDICO CON ACETMINOFEN MEJORIA LEVE

Revisión por sistemas:

Sistema neurológico	NO MANIFIESTA OTROS DATOS	Sistema osteomuscular y arti	NO MANIFIESTA OTROS DATOS
Sistema endocrino	NO MANIFIESTA OTROS DATOS	Sistema hematológico/linfátic	NO MANIFIESTA OTROS DATOS
Piel y anexos	NO MANIFIESTA OTROS DATOS	Cabeza y órganos de los sen	NO MANIFIESTA OTROS DATOS
Cuello	NO MANIFIESTA OTROS DATOS	Tórax	NO MANIFIESTA OTROS DATOS
Mamas	NO MANIFIESTA OTROS DATOS	Sistema cardio-vascular	NO MANIFIESTA OTROS DATOS
Sistema pulmonar	NO MANIFIESTA OTROS DATOS	Sistema gastrointestinal	NO MANIFIESTA OTROS DATOS
Sistema genitourinario (masc	NO MANIFIESTA OTROS DATOS		

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos		
Refiere (SI, NO)	No evaluado	NIEGA
Antecedentes Quirúrgicos		
Refiere (SI, NO)	No evaluado	NIEGA
ANTECEDENTES ALÉRGICOS A MEDICAME		
Refiere (SI, NO)	No evaluado	NIEGA
Antecedentes familiares		
Refiere (SI, NO)	No evaluado	NIEGA
Antecedentes ocupacionales		
Refiere (SI, NO)	No evaluado	NIEGA
Historia Personal y Social		
Régimen de vida del pacie	No evaluado	MADRE, 9 HERMANOS
Vivienda (urbana-rural- se	No evaluado	BARICHARA
Oficio (ama de casa, estud	No evaluado	TRABAJA

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:

Gestas:	0	**Cesáreas:**	**Fecha Ultima mestruación:**	**Fecha Ultima citología:**	PRIMERA CITOLOGIA
Partos:		**Vivos:**		**Resultado:**	
Abortos:		**Menarca:** 14	**Fecha ultimo parto:**	**Metodo de planificación:**	
Morfinatos:		**Menopausia:**	**Periodos o Ciclos:**		

EXAMEN FÍSICO:

Estado general:

CENTRO DE ATENCIÓN: 10606 UH SAN ANTONIO DE PRADO

NOMBRE DEL PACIENTE:LUISA FERNANDA RUIZ

Documento: CC 1.007.055.322
Fecha nacimiento: Feb.04/2000 **Edad:** 23 Años
Dirección: SAN ANTONIO **Télefono:** 2861359
Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS

H.C. 1007055322
Sexo: Femenino
Ciudad: MEDELLIN
Etnia: Otros

BUENAS CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE Y ORENTADO EN LAS 3 ESFERAS, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PIEL ANICTERICA, LENGUAJE CLARO Y COHERENTE, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Peso: 65 K
Presión Arterial: 120/70
Frecuencia Cardiaca: 89 / min
FiO2: 21 %
Talla: 158 cms
Temperatura: 36.7° °C
Pulso: 89 / min
SAT02: 96 %
IMC: 26
Frecuencia Respiratoria: 18 / min
Escala Glassgow:
Glucometer: mg/dl

APARATOS Y SISTEMAS:
Refiere (SI, NO) No evaluado NIEGA

DIAGNOSTICOS:
Diagnostico Principal R51X Cefalea Confirmado Nuevo

RESUMEN ATENCION:
PACIENTE DE 23 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, QUE CONSULTA DOLOR CEFALEA, AL EXAMEN FISICO CIFRAS TENSIONALES EN METAA, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, PULMONAR Y ACRDIACO SIN ALTERACIONES, CURSANDO EN EL MOMENTO CON CEFALEA CON BANDERAS ROJAS (DESPIERTA EN LA NOCHE, MENOS DE 6 MESES, INICIO SUBITO E RAYO), SE ENVIA TAC DE CRANEO, SE DA FORMULA MEDICA, SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

Metrosalud

Empresa Social del Estado Metrosalud

Nit: 800.058.016-1

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 10606 UH SAN ANTONIO DE PRADO

NOMBRE DEL PACIENTE:LUISA FERNANDA RUIZ

Documento: CC 1.007.055.322

Fecha nacimiento: Feb.04/2000

Dirección: SAN ANTONIO

Edad: 23 Años

Télefono: 2861359

Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS

H.C. 1007055322

Sexo: Femenino

Ciudad: MEDELLIN

Etnia: Otros

Medicamentos

Dexametasona 8 mg/2 c.c. Solucion inyectable, 1 AMPOLLA cada 24 Hora -
Bisacodilo 5 mg tableta recubierta, 1 TABLETA cada 24 Hora -
Ergotamina + cafeina 1+100 mg tableta, 1 TABLETA cada 8 Hora -
Diclofenaco sodico 75 mg solucion inyectable x 3 c.c, 1 AMPOLLA cada 24 Hora -

Instruccion Impartidas	NIÑOS/ADULTOS: Evite bebidas oscuras como café, té, chocolate, colas.
Instruccion Impartidas	NIÑOS/ADULTOS: No abuse del consumo de leche o lácteos (quesos, kumis, yogurt).
Instruccion Impartidas	NIÑOS/ADULTOS: Evite consumir comida "chatarra" (hamburguesas, perros calientes, carnes frías, entre otras).
Instruccion Impartidas	NIÑOS/ADULTOS: Evite el consumo de salsas (mayonesa, mostaza, tomate, entre otras)
Instruccion Impartidas	NIÑOS/ADULTOS: No consumir plátano, ni banano.
Instruccion Impartidas	ADULTOS: No fumar, no tomar licor, especialmente ron, vino o cerveza.
Instruccion Impartidas	NIÑOS/ADULTOS: Consultar si no mejora del dolor de cabeza o presenta alteraciones de su comportamiento o conducta, mareo y vomito o nauseas, visión borrosa y/o pérdida del conocimiento, desviaciones de los ojos o disminución de fuerza y movimientos involuntarios de las extremidades
Instruccion Impartidas	NIÑOS/ADULTOS: Sea riguroso en alimentarse siempre en el mismo horario, procure hacer seis comidas al dia (desayuno, media mañana, almuerzo, algo, comida, merienda).
Instruccion Impartidas	NIÑOS/ADULTOS: Disminuya el consumo de dulces (confitería) y alimentos dulces.
Instruccion Impartidas	NIÑOS/ADULTOS: Usar los lentes si los tiene recetados o consultar al optómetra si presenta dificultad para leer o ver; además consultar si usando los lentes presenta dolor de cabeza.
Instruccion Impartidas	NIÑOS/ADULTOS: Vigilar que alimentos, medicamentos o situaciones de la rutina diaria le producen dolor de cabeza e informarlos (exposición al sol, rabietas, preocupaciones, stress, actividades escolares, en las labores de la oficina).

Valentina Perez Lopez
CC 1.152.710.244 Registro: 1152710244
Medicina General

871

Anexo 3.3-12: Anexo 8 Perfil sociodemográfico.

ANEXO 8.

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
GUINCO S.A.S		Versión: 002
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Eduardo Parra		
Cedula	6123221	**Cargo**	Ayudante
Dirección		**Teléfono**	3046129632
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	26-4-23

1. EDAD

a. 18 - 27 años
b. 28 - 37 años
c. 38 - 47 años
c. 48 años o mas

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año
5	JL	1987

3. TIPO DE SANGRE

a. Positivo
O Negativo
A Positivo
A Negativo
B Positivo
B Negativo
AB Positivo
AB Negativo

4. RAZA

a. Blanco
b. Afrodescendiente
c. Mestizo
d. Indigena
e. Mulato

5. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Unión libre
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

6. GÉNERO

a. Masculino
b. Femenino

7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
c. 1 a 3 Personas
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos _____

8. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
b. Conyugue
c. Conyugue- hijos
d. Conyugue - hijos - padres
e. Padres
f. Padres - hermanos
g. Hijos
h. Otros

9. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa
b. Primaria incompleta
c. Secundaria completa
d. Secundaria incompleta
c. Técnico
d. Tecnologo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

10. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

11. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

12. TURNO DE TRABAJO

1. 2. 3. 4. 5.	a. Diurno b. Nocturno c. Mixto
13. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	**14. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA**
a. Mínimo Legal (S.M.L.) b. Entre 1 a 3 S.M.L c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.	a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años
15. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL	**16. TIPO DE CONTRATACIÓN**
a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años	a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios
17. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA	**18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**
a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna	a. Si b. No CÚAL: _____
19. FUMA	**20. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
21. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO	**22. USO DEL TIEMPO LIBRE**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Otro trabajo b. Labores domésticas c. Recreación y deporte d. Estudio e. Otro
23. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	**24. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
EPS Salud Total AFP Porvenir ARL Caja de compensación	Nombre: Yisel Telefono: 3045790043
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
GUINCO S.A.S		Versión: 002
GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

875

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Rafael Santo Morelo		
Cedula	1063 716627	**Cargo**	Ayudante
Dirección		**Teléfono**	3148938619
Area de trabajo	Administrativa _____ Operativa _____	**Fecha**	26-04-23

1. EDAD

- a. 18 - 27 años
- b. 28 - 37 años
- c. 38 - 47 años
- c. 48 años o mas

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día 15 Mes Febrero Año 200

3. TIPO DE SANGRE

- a. Positivo
- O Negativo
- A Positivo
- A Negativo
- B Positivo
- B Negativo
- AB Positivo
- AB Negativo

4. RAZA

- a. Blanco
- b. Afrodescendiente
- c. Mestizo
- d. Indigena
- a. Mulato

5. ESTADO CIVIL

- a. Soltero (a)
- b. Casado (a)
- a. Unión libre
- d. Separado (a) /Divorciado
- e. Viudo (a)

6. GÉNERO

- a. Masculino
- b. Femenino

7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- a. Ninguna
- a. 1 a 3 Personas
- c. 4 a 6 Personas
- d. Mas de 6 personas

Numero de hijos 1

8. COMPOSICIÓN FAMILIAR

- a. Ninguno
- b. Conyugue
- a. Conyugue- hijos
- d. Conyugue - hijos - padres
- e. Padres
- f. Padres - hermanos
- g. Hijos
- h. Otros

9. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- a. Primaria completa
- b. Primaria incompleta
- c. Secundaria completa
- a. Secundaria incompleta
- c. Técnico
- d. Tecnologo
- d. Universitario
- e. Especialista / Maestro

10. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- a. Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

11. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

12. TURNO DE TRABAJO

1. 2. 3. 4. 5.	a. Diurno b. Nocturno c. Mixto
13. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	**14. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA**
a. Mínimo Legal (S.M.L.) b. Entre 1 a 3 S.M.L c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.	a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años
15. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL	**16. TIPO DE CONTRATACIÓN**
a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años	a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios
17. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA	**18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**
a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna	a. Si b. No CÚAL: _____
19. FUMA	**20. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
21. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO	**22. USO DEL TIEMPO LIBRE**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Otro trabajo b. Labores domésticas c. Recreación y deporte d. Estudio e. Otro
23. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	**24. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
EPS Nueva EPS AFP Porvenir ARL Positiva Caja de compensación	Nombre: Aura Delfina Telefono: 3104194271
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	

GUINCO S.A.S. GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S. NIT 900.139.640-7	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
		Versión: 002
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	JOHN DAIBY MEDINA ROMERO		
Cedula	1036653951	**Cargo**	AYUDANTE
Dirección		**Teléfono**	3007257725
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	26/Abril/2023

1. EDAD

a. 18 - 27 años
X b. 28 - 37 años
c. 38 - 47 años
c. 48 años o mas

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año
22	JULIO	1984

3. TIPO DE SANGRE

X O Positivo
O Negativo
A Positivo
A Negativo
B Positivo
B Negativo
AB Positivo
AB Negativo

4. RAZA

a. Blanco
b. Afrodescendiente
X c. Mestizo
d. Indigena
e. Mulato

5. ESTADO CIVIL

X a. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Unión libre
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

6. GÉNERO

X a. Masculino
b. Femenino

7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
X b. 1 a 3 Personas
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos _____

8. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno	X e. Padres
b. Conyugue	X f. Padres - hermanos
c. Conyugue- hijos	g. Hijos
d. Conyugue - hijos - padres	h. Otros

9. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa	b. Primaria incompleta
X c. Secundaria completa	d. Secundaria incompleta

c. Técnico
d. Tecnologo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

10. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
X b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

11. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

2 Los SALINAS

12. TURNO DE TRABAJO

1. 2. 3. 4. 5.	X a. Diurno b. Nocturno c. Mixto
13. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	**14. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA**
X a. Mínimo Legal (S.M.L.) b. Entre 1 a 3 S.M.L c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.	X a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años
15. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL	**16. TIPO DE CONTRATACIÓN**
a. Menos de 1 año X b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años	X a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios
17. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA	**18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**
a. Vacunación X b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna	a. Si X b. No CÚAL: _____
19. FUMA	**20. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual X f. Ocasional	X a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
21. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO	**22. USO DEL TIEMPO LIBRE**
X a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Otro trabajo b. Labores domésticas X c. Recreación y deporte d. Estudio e. Otro
23. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	**24. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
EPS Sura AFP proteccion ARL positiva Caja de compensación	Nombre: Flor ALBA roman giraldo Telefono: 300 805 40 81
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
GUINCO S.A.S GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S NIT 900.226.640-7		Versión: 002
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Sebastian Lopez		
Cedula	1003084350	**Cargo**	Ayudante
Dirección		**Teléfono**	3028307445
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	26-4-23

1. EDAD

a. 18 - 27 años
b. 28 - 37 años
c. 38 - 47 años
c. 48 años o mas

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año
10	06	2003

3. TIPO DE SANGRE

O Positivo
O Negativo
A Positivo
A Negativo
B Positivo
B Negativo
AB Positivo
AB Negativo

4. RAZA

a. Blanco
b. Afrodescendiente
c. Mestizo
d. Indigena
e. Mulato

5. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Unión libre
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

6. GÉNERO

a. Masculino
b. Femenino

7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
c. 1 a 3 Personas
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos _____

8. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
b. Conyugue
c. Conyugue- hijos
d. Conyugue - hijos - padres
e. Padres
f. Padres - hermanos
g. Hijos
h. Otros

9. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa
b. Primaria incompleta
c. Secundaria completa
d. Secundaria incompleta
c. Técnico
d. Tecnologo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

10. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

11. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

12. TURNO DE TRABAJO

1. 2. 3. 4. 5.	a. Diurno b. Nocturno c. Mixto
13. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	**14. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA**
a. Mínimo Legal (S.M.L.) b. Entre 1 a 3 S.M.L c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.	a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años
15. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL	**16. TIPO DE CONTRATACIÓN**
a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años	a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios
17. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA	**18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**
a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna	a. Si b. No CÚAL: _____
19. FUMA	**20. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
21. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO	**22. USO DEL TIEMPO LIBRE**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Otro trabajo b. Labores domésticas c. Recreación y deporte d. Estudio e. Otro
23. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	**24. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
EPS Servio Salud AFP Porvenir ARL Positiva Caja de compensación	Nombre: Nayerli Giraldo Telefono: 3137544806
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
GUINCO S.A.S GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S NIT 900.526.643-7		Versión: 002
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre Rigoberto Alvarez			
Cedula 15536260		**Cargo**	Yeid
Dirección CLL 103 A # 49 A 44		**Teléfono**	301 669 27 34
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	26.04.2023

1. EDAD 57 años

a. 18 - 27 años
b. 28 - 37 años
c. 38 - 47 años
c. 48 años o mas X

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día 30 Mes 01 Año 1965

3. TIPO DE SANGRE

O Positivo X
O Negativo
A Positivo
A Negativo
B Positivo
B Negativo
AB Positivo
AB Negativo

4. RAZA

a. Blanco
b. Afrodescendiente
c. Mestizo X
d. Indigena
e. Mulato

5. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Unión libre X
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

6. GÉNERO

a. Masculino X
b. Femenino

7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
c. 1 a 3 Personas X
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos _____

8. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
b. Conyugue
c. Conyugue- hijos X
d. Conyugue - hijos - padres
e. Padres
f. Padres - hermanos
g. Hijos
h. Otros

9. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa X
b. Primaria incompleta
c. Secundaria completa
d. Secundaria incompleta
c. Técnico
d. Tecnologo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

10. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada X
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

11. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

12. TURNO DE TRABAJO

1. 2. 3. 4. 5.	a. Diurno b. Nocturno c. Mixto
13. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	**14. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA**
a. Mínimo Legal (S.M.L.) X b. Entre 1 a 3 S.M.L c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.	a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años X
15. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL	**16. TIPO DE CONTRATACIÓN**
a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años X	a. Obra o Labor X b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios
17. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA	**18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**
a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna	a. Si b. No X CÚAL: _____
19. FUMA	**20. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS**
a. Nunca X b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual X f. Ocasional
21. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO	**22. USO DEL TIEMPO LIBRE**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional X	a. Otro trabajo X b. Labores domésticas c. Recreación y deporte d. Estudio e. Otro
23. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	**24. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
EPS Sura AFP Por Venir ARL Positiva Caja de compensación	Nombre: Luz Mila Ospina Marin Telefono: 314 5882267
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
CONSORCIO PITA 7		Versión: 001
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Stiw corrobono		
Cedula	1036678547	**Cargo**	opardr
Dirección	montana ite	**Teléfono**	3174253639
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	17/05/2023

1. EDAD

- X. 18 - 27 años
- b. 28 - 37 años
- c. 38 - 47 años
- c. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- X. Soltero (a)
- b. Casado (a)
- c. Unión libre
- d. Separado (a) /Divorciado
- e. Viudo (a)

3. GÉNERO

- X. Masculino
- b. Femenino

4. COMPOSICIÓN FAMILIAR

- a. Ninguno
- a. Conyugue
- b. Conyugue- hijos
- c. Conyugue - hijos - padres
- d. Padres
- e. Padres - hermanos
- X. Hijos
- g. Otros

5. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- X. Ninguna
- X. 1 a 3 Personas
- c. 4 a 6 Personas
- d. Mas de 6 personas

Numero de hijos 1

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- b. Arrendada
- X. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- a. Primaria completa
- b. Primaria incompleta
- X. Secundaria completa
- d. Secundaria incompleta
- c. Técnico
- d. Tecnologo
- d. Universitario
- e. Especialista / Maestro

8. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

1.
2.
3.
4.
5.

9. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- c. Recreación y deporte
- d. Estudio
- X. Otro

10. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- X. Entre 1 a 3 S.M.L
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

11. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- X. De 5 a 10 años
- d. Mas de 10 años

12. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

- a. Menos de 1 año
- X. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. Mas de 10 años

13. TIPO DE CONTRATACIÓN	14. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Obra o Labor b. Termino Fijo X Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios	a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso X Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna
15. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	**16. FUMA**
a. Si X No CÚAL: _____	X Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
17. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS	**18. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual X Ocasional	a. Nunca b. Diario X Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
19. TIPO DE SANGRE	**20. FECHA DE NACIMIENTO**
X Positivo O Negativo A Positivo A Negativo B Positivo B Negativo AB Positivo AB Negativo	6 Día 3 Mes 1998 Año
21. RAZA	**22. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL**
X Blanco b. Afrodescendiente c. Mestizo d. Indigena e. Mulato	EPS Sura AFP Colpensiones ARL Sura Caja de compensación Comfenalco.
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	
24. TURNO DE TRABAJO	**25. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
X Diurno b. Nocturno c. Mixto	Nombre: Claudia Patricia Moreno Telefono: 3017618547

CONSORCIO PITA 7	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
		Versión: 001
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Plinio Alvon Zapata Tobiquio		
Cedula	1038117305	**Cargo**	Operador
Dirección	CR 26 E # 38 A 99	**Teléfono**	3113692135
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	18/05/23

1. EDAD

a. 18 - 27 años
b. 28 - 37 años
c. 38 - 47 años
c. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Unión libre
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

3. GÉNERO

a. Masculino
b. Femenino

4. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
a. Conyugue
b. Conyugue- hijos
c. Conyugue - hijos - padres
d. Padres
e. Padres - hermanos
f. Hijos
g. Otros

5. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
c. 1 a 3 Personas
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos _____

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa
b. Primaria incompleta
c. Secundaria completa
d. Secundaria incompleta
c. Técnico
d. Tecnologo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

8. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

1.
2.
3.
4.
5.

9. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Otro

10. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

11. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. Mas de 10 años

12. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. Mas de 10 años

13. TIPO DE CONTRATACIÓN	14. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
(a) Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios	a. Vacunación (b) Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna
15. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	**16. FUMA**
a. Si b. No CÚAL: _____	(a) Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
17. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS	**18. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO**
(a) Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario (c) Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
19. TIPO DE SANGRE	**20. FECHA DE NACIMIENTO**
O Positivo O Negativo A Positivo A Negativo (B) Positivo B Negativo AB Positivo AB Negativo	Día 10 Mes 06 Año 1991
21. RAZA	**22. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL**
a. Blanco b. Afrodescendiente (c) Mestizo d. Indigena e. Mulato	EPS × Sura AFP ← Porvenir ARL + Sura Caja de compensación + >
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	
24. TURNO DE TRABAJO	**25. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
(a) Diurno b. Nocturno c. Mixto	Nombre: Frank Zapata Telefono: 3216946515

CONSORCIO PITA 7	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
		Versión: 001
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Julian David Ortiz Agudelo		
Cedula	1128446119	**Cargo**	Res Ambiental
Dirección	Avenida 32 # 44-17	**Teléfono**	3117011328
Area de trabajo	Administrativa X Operativa ____	**Fecha**	17/08/2023

1. EDAD

a. 18 - 27 años
X 28 - 37 años
c. 38 - 47 años
c. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
X Casado (a)
c. Unión libre
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

3. GÉNERO

X Masculino
b. Femenino

4. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
a. Conyugue
X Conyugue- hijos
c. Conyugue - hijos - padres
d. Padres
e. Padres - hermanos
f. Hijos
g.Otros

5. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
X 1 a 3 Personas
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos 2

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
X Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa
b. Primaria incompleta
c. Secundaria completa
d. Secundaria incompleta
c. Técnico
d. Tecnologo
X Universitario
e. Especialista / Maestro

8. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

1.
2. Fontibeño
3.
4.
5.

9. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
X Recreación y deporte
d. Estudio
e. Otro

10. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

a. Mínimo Legal (S.M.L.)
X Entre 1 a 3 S.M.L
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

11. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

X Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. Mas de 10 años

12. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
X De 5 a 10 años
d. Mas de 10 años

13. TIPO DE CONTRATACIÓN	14. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
X a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios	a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos X d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna
15. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	**16. FUMA**
X a. Si b. No CÚAL: Asma	X a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
17. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS	**18. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual X Ocasional	a. Nunca b. Diario X Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
19. TIPO DE SANGRE	**20. FECHA DE NACIMIENTO**
O Positivo X O Negativo A Positivo A Negativo B Positivo B Negativo AB Positivo AB Negativo	Día 08 Mes 01 Año 1988
21. RAZA	**22. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL**
a. Blanco b. Afrodescendiente c. Mestizo d. Indigena X e. Mulato	EPS Sura AFP Protección ARL Sura Caja de compensación Comfama
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	
24. TURNO DE TRABAJO	**25. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
X a. Diurno b. Nocturno c. Mixto	Nombre: Carolina Velasquez Telefono: 3137909997

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
CONSORCIO PITA 7		Versión: 001
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Eligardo Ortiz		
Cedula	1130983	**Cargo**	operador
Dirección	Calle 42A Carrera 57 #17	**Teléfono**	3188611369
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa ____	**Fecha**	12/5/23

1. EDAD

a. 18 - 27 años
b. 28 - 37 años
(c) 38 - 47 años
c. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
(b) Casado (a)
c. Unión libre
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

3. GÉNERO

(a) Masculino
b. Femenino

4. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
a. Conyugue
(b) Conyugue- hijos
c. Conyugue - hijos - padres
d. Padres
e. Padres - hermanos
f. Hijos
g.Otros

5. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
(c) 1 a 3 Personas
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos _____

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
(b) Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa
b. Primaria incompleta
(c) Secundaria completa
d. Secundaria incompleta
c. Técnico
d. Tecnologo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

8. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

1.
2.
3. Santa ana Bello
4.
5.

9. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
(e) Otro

10. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

a. Mínimo Legal (S.M.L.)
(b) Entre 1 a 3 S.M.L
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

11. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. Mas de 10 años

12. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
(d) Mas de 10 años

13. TIPO DE CONTRATACIÓN	14. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios	a. Vacunación (b) Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna
15. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	**16. FUMA**
a. Si (b) No CÚAL: _____	(a) Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
17. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS	**18. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO**
(a) Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	(a) Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
19. TIPO DE SANGRE	**20. FECHA DE NACIMIENTO**
(O) Positivo O Negativo A Positivo A Negativo B Positivo B Negativo AB Positivo AB Negativo	23 (Día) 11 (Mes) 1977 (Año)
21. RAZA	**22. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL**
a. Blanco b. Afrodescendiente (c) Mestizo d. Indigena e. Mulato	EPS Nueva eps AFP ARL Sura Caja de compensación Colpensiones
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	
24. TURNO DE TRABAJO	**25. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
(a) Diurno b. Nocturno c. Mixto	Nombre: Juan ortiz Telefono: 3104980893

GUINCO S.A.S.	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
		Versión: 002
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	JEISON GONZALEZ		
Cedula	1041230354	**Cargo**	AUXILIAR
Dirección	CRA 150 F SUR #67-121	**Teléfono**	3225160487
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	10/05/2023

1. EDAD

a. 18 - 27 años
b. 28 - 37 años ✓
c. 38 - 47 años
c. 48 años o mas

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año
12	06	1990

3. TIPO DE SANGRE

O Positivo
O Negativo ✓
A Positivo
A Negativo
B Positivo
B Negativo
AB Positivo
AB Negativo

4. RAZA

a. Blanco ✓
b. Afrodescendiente
c. Mestizo
d. Indigena
e. Mulato

5. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a) ✓
b. Casado (a)
c. Unión libre
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

6. GÉNERO

a. Masculino ✓
b. Femenino

7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
c. 1 a 3 Personas ✓
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos _____

8. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
b. Conyugue
c. Conyugue- hijos
d. Conyugue - hijos - padres
e. Padres
f. Padres - hermanos ✓
g. Hijos
h. Otros

9. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa
b. Primaria incompleta
c. Secundaria completa
d. Secundaria incompleta ✓
c. Técnico
d. Tecnologo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

10. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada ✓
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

1. 2. ✓ 3. 4. 5.	a. Diurno ✓ b. Nocturno c. Mixto
13. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	**14. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA**
a. Mínimo Legal (S.M.L.) ✓ b. Entre 1 a 3 S.M.L c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.	a. Menos de 1 año ✓ b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años
15. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL	**16. TIPO DE CONTRATACIÓN**
a. Menos de 1 año ✓ b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años	a. Obra o Labor ✓ b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios
17. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA	**18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**
a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo ✓ e. Ninguna	a. Si b. No ✓ CÚAL: _____
19. FUMA	**20. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS**
a. Nunca ✓ b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional ✓
21. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO	**22. USO DEL TIEMPO LIBRE**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional ✓	a. Otro trabajo b. Labores domésticas c. Recreación y deporte ✓ d. Estudio e. Otro
23. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	**24. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
EPS ✓ Salud total. AFP ✓ Protección. ARL ✓ Sura. Caja de compensación ✓	Nombre: GUILLERMO LEON Telefono: 3225160487
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	

CONSORCIO PITA 7	**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**Código: F-SST-044**
		Versión: 001
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**Fecha: 03/03/2023**
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Manuel Salvador Meneses.		
Cedula	1261180088.	**Cargo**	Ayudante.
Dirección	Cra 63B Victoria Agua	**Teléfono**	3016283776
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	04-05-2023

1. EDAD

a. 18 - 27 años
b. 28 - 37 años
c. 38 - 47 años
X 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

X Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Unión libre
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

3. GÉNERO

X Masculino
b. Femenino

4. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
a. Conyugue
b. Conyugue- hijos
c. Conyugue - hijos - padres
d. Padres
e. Padres - hermanos
f. Hijos
X Otros

5. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
c. 1 a 3 Personas
X 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos 5

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
X Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa
X Primaria incompleta
c. Secundaria completa
d. Secundaria incompleta
c. Técnico
d. Tecnologo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

8. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

1.
2. El minuto
3.
4.
5.

9. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Otro trabajo
X Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Otro

10. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

X Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

11. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

X Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. Mas de 10 años

12. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
X Mas de 10 años

13. TIPO DE CONTRATACIÓN	14. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios	a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna
15. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	**16. FUMA**
a. Si b. No CÚAL: _____	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
17. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS	**18. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
19. TIPO DE SANGRE	**20. FECHA DE NACIMIENTO**
O Positivo O Negativo A Positivo A Negativo B Positivo B Negativo AB Positivo AB Negativo	20 (Día) 08 (Mes) 1969. (Año)
21. RAZA	**22. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL**
a. Blanco b. Afrodescendiente c. Mestizo d. Indigena e. Mulato	EPS Nueva EPS. AFP Colfondos ARL Positiva. Caja de compensación Comfenalco.
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	
24. TURNO DE TRABAJO	**25. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
a. Diurno b. Nocturno c. Mixto	Nombre: Jesús Meneses. Telefono: 3044583464.

CONSORCIO PITA 7	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
		Versión: 001
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Eleryny J. Piedrahita Zapata		
Cedula	43252447	**Cargo**	Residente Social
Dirección	Cra 76 # 91A 14	**Teléfono**	3042068934
Area de trabajo	Administrativa __X__ Operativa ____	**Fecha**	

1. EDAD

a. 18 - 27 años
b. 28 - 37 años
X 38 - 47 años
c. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a)
X Unión libre
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

3. GÉNERO

a. Masculino
X Femenino

4. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
a. Conyugue
X Conyugue- hijos
c. Conyugue - hijos - padres
d. Padres
e. Padres - hermanos
f. Hijos
g.Otros

5. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
X 1 a 3 Personas
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos 2.

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
X Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa
b. Primaria incompleta
c. Secundaria completa
d. Secundaria incompleta
c. Técnico
d. Tecnologo
X Universitario
e. Especialista / Maestro

8. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

1.
2. Robledo Kennedy
3.
4.
5.

9. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
X Recreación y deporte
d. Estudio
e. Otro

10. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

a. Mínimo Legal (S.M.L.)
X Entre 1 a 3 S.M.L
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

11. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

X Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. Mas de 10 años

12. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
X De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. Mas de 10 años

13. TIPO DE CONTRATACIÓN	14. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios	a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna
15. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	**16. FUMA**
a. Si b. No CÚAL: _____	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
17. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS	**18. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
19. TIPO DE SANGRE	**20. FECHA DE NACIMIENTO**
a. Positivo O Negativo A Positivo A Negativo B Positivo B Negativo AB Positivo AB Negativo	Día 20 Mes Enero Año 1982
21. RAZA	**22. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL**
a. Blanco b. Afrodescendiente c. Mestizo d. Indigena e. Mulato	EPS SURA. AFP Protección ARL Caja de compensación Comfama
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	
24. TURNO DE TRABAJO	**25. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
a. Diurno b. Nocturno c. Mixto	Nombre: Clara Rosa Zapata Telefono: 5882669 ó 3012149425

CONSORCIO PITA 7	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
		Versión: 001
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Camilo Adolfo Marin Medina		
Cedula	1128459851	**Cargo**	Ayudante de obra
Dirección	Cr 83 #41 Suv 36 int 107	**Teléfono**	3027558170
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	08/05/2023

1. EDAD

a. 18 - 27 años
X. 28 - 37 años
c. 38 - 47 años
c. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

X. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Unión libre
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

3. GÉNERO

X. Masculino
b. Femenino

4. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
a. Conyugue
b. Conyugue- hijos
c. Conyugue - hijos - padres
d. Padres
X. Padres - hermanos
f. Hijos
g.Otros

5. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
X. 1 a 3 Personas
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas
Numero de hijos 1

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
X. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa
b. Primaria incompleta
X. Secundaria completa
d. Secundaria incompleta
c. Técnico
d. Tecnologo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

8. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

1.
2. X
3.
4.
5.

9. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
X. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Otro

10. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

X. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

11. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

X. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. Mas de 10 años

12. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

X. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. Mas de 10 años

898

13. TIPO DE CONTRATACIÓN	14. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios	a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna
15. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	**16. FUMA**
a. Si b. No CÚAL: _____	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
17. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS	**18. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
19. TIPO DE SANGRE	**20. FECHA DE NACIMIENTO**
O Positivo O Negativo A Positivo A Negativo B Positivo B Negativo AB Positivo AB Negativo	Día 18 Mes 10 Año 1994
21. RAZA	**22. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL**
a. Blanco b. Afrodescendiente c. Mestizo d. Indigena e. Mulato	EPS Sura AFP Porvenir ARL Sura Caja de compensación Comfama
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento: EPP Seguridad Industrial S.A.S	
Nivel: avanzado _____ Basico X Coordinador _____	
24. TURNO DE TRABAJO	**25. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
a. Diurno b. Nocturno c. Mixto	Nombre: Socorro Roman Telefono: 3146517800

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
CONSORCIO PITA 7		Versión: 001
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Luis Axial Chaverra Valoyes		
Cedula	1480 6985	**Cargo**	oficial
Dirección	Caicedo cll 53 A	**Teléfono**	3105403110
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa ____	**Fecha**	08-05-2023

1. EDAD 52	**2. ESTADO CIVIL**
a. 18 - 27 años	a. Soltero (a)
b. 28 - 37 años	b. Casado (a)
c. 38 - 47 años	c. Unión libre X
c. 48 años o mas X	d. Separado (a) /Divorciado
	e. Viudo (a)

3. GÉNERO	**4. COMPOSICIÓN FAMILIAR**	
a. Masculino X	a. Ninguno	d. Padres
	a. Conyugue	e. Padres - hermanos
b. Femenino	b. Conyugue- hijos X	f. Hijos
	c. Conyugue - hijos - padres	g.Otros

5. NUMERO DE PERSONAS A CARGO	**6. TENENCIA DE VIVIENDA**
a. Ninguna	a. Propia
c. 1 a 3 Personas	b. Arrendada X
c. 4 a 6 Personas X	c. Familiar
d. Mas de 6 personas	d. Compartida con otra(s) familia(s)
Numero de hijos 9	

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD		**8. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)**
a. Primaria completa X	b. Primaria incompleta	1. Caicedo estrato 2
c. Secundaria completa X	d. Secundaria incompleta	2.
c. Técnico		3.
d. Tecnologo		4.
d. Universitario		5.
e. Especialista / Maestro		

9. USO DEL TIEMPO LIBRE	**10. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)**
a. Otro trabajo	a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Labores domésticas X	b. Entre 1 a 3 S.M.L
c. Recreación y deporte	c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Estudio	d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Otro	e. Mas de 7 S.M.L.

11. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA	**12. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL**
a. Menos de 1 año X	a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años	b. De 1 a 5 años X
c. De 5 a 10 años	c. De 5 a 10 años
d. Mas de 10 años	d. Mas de 10 años

900

13. TIPO DE CONTRATACIÓN	14. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Obra o Labor X b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios	a. Vacunación X b. Exámenes de Ingreso X c. Exámenes periódicos X d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo X e. Ninguna
15. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	**16. FUMA**
a. Si b. No X CÚAL: _____	a. Nunca X b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
17. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS	**18. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional X	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional X
19. TIPO DE SANGRE	**20. FECHA DE NACIMIENTO**
O Positivo O Negativo A Positivo X A Negativo B Positivo B Negativo AB Positivo AB Negativo	Día 27 Mes 03 Año 1971
21. RAZA	**22. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL**
a. Blanco b. Afrodescendiente X c. Mestizo d. Indigena e. Mulato	EPS Nueva EPS AFP ARL Sura Caja de compensación Confama

23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	02-05-2023
Centro de entrenamiento:	ARP seguridad industrial
Nivel: avanzado X Basico _____ Coordinador _____	

24. TURNO DE TRABAJO	25. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA
a. Diurno X b. Nocturno c. Mixto	Nombre: Melisa Palacio Telefono: 3201137 3207784492 - 3217887850

GUINCO S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
		Versión: 002
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Jorge Ramirez Gutierrez		
Cedula	1045748030	**Cargo**	operador
Dirección		**Teléfono**	3207742470
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	04-05-23

1. EDAD

- X 18 - 27 años
- b. 28 - 37 años
- c. 38 - 47 años
- c. 48 años o mas

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día 16 Mes 11 Año 95

3. TIPO DE SANGRE

- O Positivo X
- O Negativo
- A Positivo
- A Negativo
- B Positivo
- B Negativo
- AB Positivo
- AB Negativo

4. RAZA

- a. Blanco
- b. Afrodescendiente
- c. Mestizo
- d. Indigena
- e. Mulato

5. ESTADO CIVIL

- X Soltero (a)
- b. Casado (a)
- c. Unión libre
- d. Separado (a) /Divorciado
- e. Viudo (a)

6. GÉNERO

- X Masculino
- b. Femenino

7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- a. Ninguna
- X 1 a 3 Personas
- c. 4 a 6 Personas
- d. Mas de 6 personas

Numero de hijos _____

8. COMPOSICIÓN FAMILIAR

- a. Ninguno
- b. Conyugue
- c. Conyugue- hijos
- d. Conyugue - hijos - padres
- e. Padres
- X Padres - hermanos
- g. Hijos
- h. Otros

9. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- X Primaria completa
- b. Primaria incompleta
- c. Secundaria completa
- d. Secundaria incompleta
- c. Técnico
- d. Tecnologo
- d. Universitario
- e. Especialista / Maestro

10. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- X Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

1. 2. 3. 4. 5.	a. Diurno b. Nocturno c. Mixto
13. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	**14. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA**
a. Minimo Legal (S.M.L.) b. Entre 1 a 3 S.M.L c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.	a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años
15. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL	**16. TIPO DE CONTRATACIÓN**
a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años	a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios
17. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA	**18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**
a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna	a. Si b. No CÚAL: _____
19. FUMA	**20. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
21. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO	**22. USO DEL TIEMPO LIBRE**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Otro trabajo b. Labores domésticas c. Recreación y deporte d. Estudio e. Otro
23. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	**24. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
EPS Nueva eps AFP Colfondos ARL Sura Caja de compensación Confama	Nombre: Jerson David Telefono: 3024329749
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	

GUINCO S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
		Versión: 002
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Leonardy Lopez Carbajal		
Cedula	1068660100	**Cargo**	Oficial
Dirección	CL. 25A CR 70 - 47	**Teléfono**	3013318911
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	03-05-23

1. EDAD

a. 18 - 27 años
b. 28 - 37 años
c. 38 - 47 años
c. 48 años o mas

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día	Mes	Año
09	06	88

3. TIPO DE SANGRE

O Positivo
O Negativo
A Positivo
A Negativo
B Positivo
B Negativo
AB Positivo
AB Negativo

4. RAZA

a. Blanco
b. Afrodescendiente
c. Mestizo
d. Indigena
e. Mulato

5. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Unión libre
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

6. GÉNERO

a. Masculino
b. Femenino

7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 a 3 Personas
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos _____

8. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
b. Conyugue
c. Conyugue- hijos
d. Conyugue - hijos - padres
e. Padres
f. Padres - hermanos
g. Hijos
h. Otros

9. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa
b. Primaria incompleta
c. Secundaria completa
d. Secundaria incompleta
c. Técnico
d. Tecnologo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

10. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

1. 2. 3. 4. 5.	a. Diurno b. Nocturno c. Mixto
13. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	**14. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA**
a. Mínimo Legal (S.M.L.) b. Entre 1 a 3 S.M.L c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.	a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años
15. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL	**16. TIPO DE CONTRATACIÓN**
a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años	a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios
17. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA	**18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**
a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna	a. Si b. No CÚAL: _____
19. FUMA	**20. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
21. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO	**22. USO DEL TIEMPO LIBRE**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Otro trabajo b. Labores domésticas c. Recreación y deporte d. Estudio e. Otro
23. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	**24. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
EPS Nueva eps AFP Colfondos ARL Sura Caja de compensación Confama	Nombre: Jeison David Telefono: 3024329749
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado Basico Coordinador	

GUINCO S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
		Versión: 002
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Pagina: 1 de 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Lizandro de Jesus Ospina Osorio		
Cedula	1104874507	**Cargo**	Conductor
Dirección		**Teléfono**	3128018220
Area de trabajo	Administrativa ____ Operativa X	**Fecha**	02-05-2023

1. EDAD

a. 18 - 27 años
b. 28 - 37 años
c. 38 - 47 años
c. 48 años o mas

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día 21 Mes Enero Año 1999

3. TIPO DE SANGRE

O Positivo X
O Negativo
A Positivo
A Negativo
B Positivo
B Negativo
AB Positivo
AB Negativo

4. RAZA

a. Blanco X
b. Afrodescendiente
c. Mestizo
d. Indigena
e. Mulato

5. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a)
c. Unión libre X
d. Separado (a) /Divorciado
e. Viudo (a)

6. GÉNERO

a. Masculino
b. Femenino

7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
c. 1 a 3 Personas
c. 4 a 6 Personas
d. Mas de 6 personas

Numero de hijos _____

8. COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Ninguno
b. Conyugue
c. Conyugue- hijos
d. Conyugue - hijos - padres
e. Padres
f. Padres - hermanos
g. Hijos
h. Otros

9. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria completa
b. Primaria incompleta
c. Secundaria completa
d. Secundaria incompleta
c. Técnico
d. Tecnologo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

10. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

11. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

12. TURNO DE TRABAJO

2. 3. 4. 5.	c. Mixto
13. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	**14. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA**
a. Mínimo Legal (S.M.L.) b. Entre 1 a 3 S.M.L c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.	a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años
15. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL	**16. TIPO DE CONTRATACIÓN**
a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. Mas de 10 años	a. Obra o Labor b. Termino Fijo c. Indefinido d. Aprendiz e. Prestación de servicios
17. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA	**18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**
a. Vacunación b. Exámenes de Ingreso c. Exámenes periódicos d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo e. Ninguna	a. Si b. No CÚAL: _____
19. FUMA	**20. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional
21. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO	**22. USO DEL TIEMPO LIBRE**
a. Nunca b. Diario c. Semanal d. Quincenal e. Mensual f. Ocasional	a. Otro trabajo b. Labores domésticas c. Recreación y deporte d. Estudio e. Otro
23. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	**24. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**
EPS Coosalud AFP Proteccion ARL X Sura Caja de compensación	Nombre: Nelsy Judith aranaya Telefono: 3128849862
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	

CONSORCIO PITA 7

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRAB

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

NOMBRE	CEDULA	FECHA NACIMIENTO	EDAD	TIPO DE SANGRE	MANO DE OBRA CALIFICADA	AREA DE INFLUENCIA DIRECTA	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD	RAZA	ESTADO CIVIL	GÉNERO	NUMERO DE PERSONAS A CARGO	COMPOSICIÓN FAMILIAR	NUMERO DE HIJOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD	TENENCIA DE VIVIENDA	BARRIO	ESTRATO SOCIO ECONOMICO	DIRECCIÓN	TELEFONO	AREA DE TRABAJO EN LA EMPRESA	TURNO DE TRABAJO	CARGO	PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA	ANTIGUEDAD EN EL CARGO ACTUAL	TIPO DE CONTRATACIÓN	HA PARTICIPADO EN
YEIDIS PAOLA CASTRO RAMIREZ	1143378249	07/08/1994	29	A+	SI	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Femenino	Ninguno	Padres - herm	Ninguno	Tecnologo	Familiar	Itagüí- Asturia	3	Cra. 44 # 46-6	3213884975	Administrativ	Diurno	Residente SST	Entre 1 y 3 SN	Menos de 1 a	De 5 a 10 año	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
BIBIANA RUIZ	32353442	07/06/1982	41	O+	NO	SI	NO	Blanco	Soltero (a)	Femenino	1-3 Personas	Hijos	1	Secundaria com	Propia	Los Vargas	2	Calle 56 sur #	3128069518	Operativa	Diurno	Auxiliar vial	Mínimo legal	Menos de 1 a	Menos de 1 a	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
LUISA FERNANDA RUIZ	1007055322	04/02/2000	23	O+	NO	SI	NO	Mestizo	Soltero (a)	Femenino	Ninguna	Padres - herm	Ninguno	Secundaria com	Propia	Los Vargas	2	Calle 56 sur #	3104217800	Operativa	Diurno	Auxiliar vial	Mínimo legal	Menos de 1 a	Menos de 1 a	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
CARLOS HUMBERTO ROMRA	7019588	18/08/1974	49	A+	NO	SI	NO	Blanco	Soltero (a)	Masculino	1-3 Personas	Hijos	1	Secundaria com	Arrendada	Santa Cruz	2	Cra 50 A cle 1	3043794856	Operativa	Diurno	Ayudante de	Mínimo legal	Menos de 1 a	Menos de 1 a	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
ANGEL DAVID AGRESOTH CONTRERAS	1037482285	22/03/1994	29	A+	NO	SI	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	1-3 Personas	Padres - herm	Ninguno	Tecnico	Arrendada	Niquía	1	Diagonal 55 #	3124100425	Operativa	Diurno	Oficial de obr	Entre 1 y 3 SN	Menos de 1 a	Menos de 1 a	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
JONFER JOSE SANCHEZ GARCIA	30826952	24/12/2001	21	A+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	Ninguna	Padres - herm	Ninguno	Primaria comple	Arrendada	Manrique Ori	1	Cra. 28 calle 7	3025343396	Operativa	Diurno	Ayudante de	Mínimo legal	Menos de 1 a	Menos de 1 a	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
JAIVER OVEB VILLEGAS DUARTE	71353261	24/01/1983	40	B+	NO	SI	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	1-3 Personas	otros	Ninguno	Primaria comple	Arrendada	La Florida	2	calle 56 sur #	3001538320	Operativa	Diurno	Oficial de obr	Entre 1 y 3 SN	De 5 a 10 año	De 5 a 10 año	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
JUAN CARLOS MONTOYA GOMEZ	8434499	05/02/1981	42	O+	SI	NO	NO	Blanco	Casado (a)	Masculino	1-3 Personas	Conyugue - hi	2	Universitario	Propia	Itagui	3	Cra. 68- No.SI	3002670332	Administrativ	Diurno	Residente de	Entre 4 y 5 SN	Más de 10 año	Más de 10 año	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
RICARDO GUERRA BARRIENTOS	71337270	03/01/1979	44	O+	SI	NO	NO	Mestizo		Masculino				Especialista/ Mae	Propia	Las Palmas		Calle 43 AA #7	3006198701	Administrativ	Diurno	Director de obra			Más de 10 año	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
YEISON DAVID RUIZ	1196232351	07/09/1991	32	O+	NO	SI	NO	Blanco	Soltero (a)	Masculino	Ninguna	Padres - herm	Ninguno	Primaria Incompl	Propia	Los Vargas	2	Calle 56 sur #	3116943698	Operativa	Diurno	Ayudante de	Mínimo legal	Menos de 1 a	Menos de 1 a	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
JORGE HERNAN TORO	8836438	08/07/1972	51	O+	NO	SI	NO	Mestizo	Casado (a)	Masculino	1-3 Personas	Conyugue	Ninguno	Secundaria com	Propia	Los Vargas	2	Calle 56 sur #	3103222336	Operativa	Diurno	Ayudante de	Mínimo legal	Menos de 1 a	Menos de 1 a	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
DAVINSON ARLEY TORRES CASTIBLANCO	1002278537	04/01/1999	24	A+	SI	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	1-3 Personas	Conyugue - hijos		Secundaria com	Arrendada	Morable	2	Carrera 58 DG 83E1-75 INT107	3207029695	Operativa	Diurno	Operador	Entre 1 y 3 SN	De 1 a 5 años	De 1 a 5 años	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
JOBANY PULGARIN GONZALES	71175366	07/03/1985	38	O+	NO	SI	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	1-3 Personas	Conyugue	Ninguno	Primaria comple	Arrendada	Los Vargas	2	Calle 56 sur #	3214429191	Operativa	Diurno	Ayudante de	Mínimo legal	Menos de 1 a	De 3 a 10 año	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
CAMILO ANDRES SOTO LOPEZ	1037469366	18/02/2005	18	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	Ninguna	Padres	Ninguno	Secundaria com	Arrendada	Robledo Palar	2	Robledo Palar	3145504460	Operativa	Diurno	Ayudante de	Mínimo legal	Menos de 1 a	Menos de 1 a	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
DANIELA OCHOA TORRES	1152210236	29/05/1995	28	AB+	SI	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Femenino	Ninguna	Conyugue	Ninguno	Tecnologo	Arrendada	San Pablo	2	Cra 58 #77-41 Apto 343	3008834344	Administrativ	Diurno	Auxiliar de Ingeniería	Entre 1 y 3 SML	De 1 a 5 años	De 1 a 5 años	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
LIZANDRO DE JESUS OSPINA OSORIO	1104874507	21/01/1999	24	O+	NO	NO	NO	Blanco	Unión libre	Masculino	1-3 personas	Conyugue - hijos	Ninguno	Secundaria completa	Arrendada	Los Vargas	2	33 cl 56 sur	3128018228	Operativa	Diurno	Conductor	Mínimo legal (SML)	Menos de 1 año	De 1 a 5 años	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
ARIS ARIEL CHAVERRA VALOYES	11808886	21/03/1971	52	A+	NO	NO	NO	Afrodescendiente	Unión libre	Masculino	Más de 6 personas	Conyugue - hijos	9	Secundaria completa	Arrendada	Caicedo	2	Call 53A	3105443110	Operativa	Diurno	Oficial de obra	Entre 1 y 3 SML	Menos de 1 año	De 1 a 5 años	Obra o Labor	Exámenes de ingreso
CAMILO ADOLFO MARIN MEDINA	1128459861	18/10/1994	29	O+	NO	SI	NO	Blanco	Soltero (a)	Masculino	1-3 personas	Padres-hermanos	1	Secundaria completa	Familiar	La Capilla-San Antonio Prado	2	Cra 83 #41 su	3027558170	Operativa	Diurno	Ayudante de obra	Mínimo legal (SML)	Menos de 1 año	Menos de 1 año	obra o Labor	Exámenes de ingreso
EVERING JOHANA FIORAHTA ZAPATA	43252447	20/01/1982	41	O+	NO	NO	NO	Blanco	Unión libre	Femenino	1-3 personas	Conyugue - hijos	2	Universitario	Arrendada	Robledo-Kennedy	2	Cra 76 # 81 A 14	3042066934	Administrativ a	Diurno	Residente social	Entre 1 y 3 SML	Menos de 1 año	De 1 a 5 años	obra o Labor	Exámenes de ingreso
JEISON GUILLERMO GONZALES TANGARIFE	1041230354	12/06/1990	33	O-	NO	SI	NO	Blanco	Soltero (a)	Masculino	1-3 personas	Padres-hermanos	Ninguno	Secundaria incompleta	Arrendada	Barichara	2	Call 50Sur#67-121	3225160487	Operativa	Diurno	Ayudante de obra	Mínimo legal (SML)	Menos de 1 año	Menos de 1 año	obra o Labor	Exámenes de ingreso
JULIAN DAVID VILLA AGUDELO	1128446119	08/01/1988	35	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Casado (a)	Masculino	1-3 personas	Conyugue - hijos	2	Universitario	Familiar	Fontidueño-Bello		Avenida 32 #44-17	3117011328	Administrativ	Diurno	Residente Ambiental	Entre 1 y 3 SML	Menos de 1 año	De 5 a 10 años	Obra o Labor	Exámenes de ingreso

AJO

Codigo: F-SST-044

Version: 001

Fecha: 03/03/2023

Pagina 1 de 1

LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA	ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA	FUMA	CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS	CON QUE FRECUENCIA REALIZA	USO DEL TIEMPO LIBRE	EPS	CCF	AFP	ARL	FECHA EN QUE REALIZÓ EL CURSO TRABAJADOR	CURSO ALTURAS VIGENTE (SI/NO)	TIPO CURSO	FECHA EN QUE REALIZO EL CURSO O	ENTIDAD CON QUIEN SE REALIZÓ EL	FECHA EN QUE DEBE REALIZAR EL	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL		APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS		POSEE ALGÚN TIPO DE RESTRICCIÓN		CUAL?	SEGUIMIENTO A LA RESTRICCIÓN	PERSONAL PROPIO O CONTRATISTA	EMPRESA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (NOMBRE- TELEFONO)
No	NA	Nunca	Ocasional	Ocasional	Estudio	Sanitas	Comfama	Porvenir	Sura	NA	SI	Coordinador	04/03/2023	EPP Seguridad Industrial S.A.S	04/09/2024	SI	28/02/2023	SI	NA		NO	NA	NA	Propio	GUINCO SAS	04/03/2023		Hernan Castro- Padre- 3022407671
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
NO	NA	Nunca	Ocasional	Diario	Recreación y d	Sura	Comfama	Porvenir	Sura	NA	No requiere		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NO	NA	NA	Propio	CONSORCIO PITA 7	06/03/2023		Maria Giraldo- 3012103649
No	NA	Nunca	Ocasional	Diario	Recreación y d	Savia salud	Comfama	Porvenir	Sura	NA	No requiere		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NO	NA	NA	Propio	CONSORCIO PITA 7	06/03/2023		Manuela Ruiz- 3113399453
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
No	NA	Nunca	Ocasional	Ocasional	Labores dome	Sura	Comfama	Porvenir	Sura	28/01/2023	SI	Avanzado	24/01/2023	EPP Seguridad Industrial S.A.S	24/06/2024	SI	17/01/2023	SI	NA		NO	NA	NA	Propio	GUINCO SAS	08/02/2023		Arcadio Rafael Quintero- Hermano- 3206574314
No	NA	Nunca	Ocasional	Ocasional	Labores dome	Savia salud	Comfama	Porvenir	Sura	28/01/2023	SI	Avanzado	17/01/2023	EPP Seguridad Industrial S.A.S	17/06/2024	SI	24/01/2023	SI	NA		NO	NA	NA	Propio	GUINCO SAS	06/03/2023		Cristina- Amiga - 3013682716
No	NA	Nunca	Nunca	Ocasional	Otro	Savia salud	Comfama	Porvenir	Sura	28/01/2023	SI	Avanzado	18/02/2023	EPP Seguridad Industrial S.A.S	18/07/2024	SI	11/02/2023	SI	NA		NO	NA	NA	Propio	GUINCO SAS	06/03/2023		Kerwin- 3014359942
No	NA	Nunca	Mensual	Nunca	Labores dome	Nueva EPS	Comfama	Porvenir	Sura	22/02/2023	SI	Avanzado	27/01/2023	EPP Seguridad Industrial S.A.S	27/06/2024	SI	24/01/2023	SI	NA		NO	NA	NA	Propio	GUINCO SAS	05/02/2023		Miguel Diaz- 3012245263
No	NA	Nunca	Ocasional	Ocasional	Otro	Nueva EPS	Comfama	Porvenir	Sura	NA	No requiere		NA	NA	NA	SI		NA	NA		NO	NA	NA	Propio	SOTARCO SAS	25/05/2011		3007298148- Viviana
No	NA	Nunca	Nunca	Ocasional	Otro		Comfama		Sura	NA	No requiere		NA	NA	NA	SI		NA	NA		NO	NA	NA	Propio	GUINCO SAS			
No	NA	Nunca	Ocasional	Ocasional	Labores dome	SURA	Comfama	Colpensiones	Sura	NA	No		NA	NA	NA	SI	08/03/2023	NA	NA		NO	NA	NA	Propio	CONSORCIO PITA 7	13/03/2023		Manuela Ruiz- 3113399453
No	NA	Nunca	Ocasional	Semanal	Labores dome	SURA	Comfama	Proteccion	Sura	NA	SI	Avanzado	11/03/2023	EPP Seguridad Industrial S.A.S	11/11/2024	SI	08/03/2023	NA	NA		NO	NA	NA	Propio	CONSORCIO PITA 7	13/03/2023		Sandra Ruiz- 3136582430
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
No	NA	Nunca	Nunca	Ocasional	Labores dome	Nueva EPS	Comfama	Porvenir	Sura	NA	No requiere		NA	NA	NA	SI	19/10/2022	NA	NA		NO	NA	NA	Propio	CONSORCIO PITA 7	15/03/2023		Yeidis castro- 3213884975
No	NA	Nunca	Ocasional	Ocasional	Recreación y d	Salud total	Comfama	Colpensiones	Sura	NA	No		NA	NA	NA	SI	15/03/2023	NA	NA		NO	NA	NA	Propio	GUINCO SAS	21/03/2023		Cecilia- 3023994299
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
No	NA	Nunca	Ocasional	Ocasional	Recreación y d	Savia salud	Comfama	Porvenir	Sura	NA	No		NA	NA	NA	SI	15/03/2023	NA	NA		NO	NA	NA	Propio	GUINCO SAS	21/03/2023		Nancy Lopez- 3103617121
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
NO	NA	Ocasional	Ocasional	Ocasional	Otro	Nueva EPS	Comfama	Colpensiones	Sura	NA	No requiere		NA	NA	NA	SI	03/08/2022	NA	NA		NO	NA	NA	Propio	GUINCO SAS	06/03/2023		Daniela Mazo- 3013038227
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
NO	NA	Nunca	Nunca	Ocasional	Otro	Coosalud	Comfama	Porvenir	Sura	NA	No requiere		NA	NA	NA	SI	28/04/2023	NA	NA		NO	NA	NA	Propio	GUINCO SAS	29/04/2023		Nelsy Anaya - 3128844862
NO	NA	Nunca	Ocasional	Ocasional	Labores domesticas	Nueva EPS	Comfama	Colpensiones	Sura	06/05/2023	SI	Reentrenamiento	02/05/2023	EPP Seguridad Industrial S.A.S	02/11/2024	SI	20/04/2023	SI	NA		NO	NA	NA	Propio	CONSORCIO PITA 7	08/05/2023		Melisa Palacio- 3207784492
NO	NA	Nunca	Ocasional	Ocasional	Recreación y deporte	Sura	Comfama	Porvenir	Sura	03/05/2023	SI	Avanzado	27/04/2023	EPP Seguridad Industrial S.A.S	27/10/2023	SI	19/04/2023	SI	NA		NO	NA	NA	Propio	CONSORCIO PITA 7	08/05/2023		Socorro Roman- 3146517800
NO	NA	Nunca	Ocasional	Semenal	Recreación y deporte	Sura	Comfama	Proteccion	Sura	NA	NA	NA	NA	NA	NA	SI	20/04/2023	NA	NA		NO	NA	NA	Propio	CONSORCIO PITA 7	08/05/2023		Clara Zapata- 3012149425
NO	NA	Nunca	Ocasional	Ocasional	Recreación y deporte	Salud total	Comfama	Proteccion	Sura	Programado	SI	Avanzado	02/05/2023	EPP Seguridad Industrial S.A.S	02/11/2024	SI	19/04/2023	SI	NA		NO	NA	NA	Propio	'GUINCO SAS	10/05/2023		Guillermo Leon- 3225160487
NO	NA	Nunca	Ocasional	Semanal	Recreación y d	Sura	Comfama	Proteccion	Sura	NO	NO	NA	NA	NA	NA	SI	28/04/2023		NO		NO	NA	NO	Propio	CONSORCIO PITA 7	17/05/2023		Carolina Velasquez- 3137909997

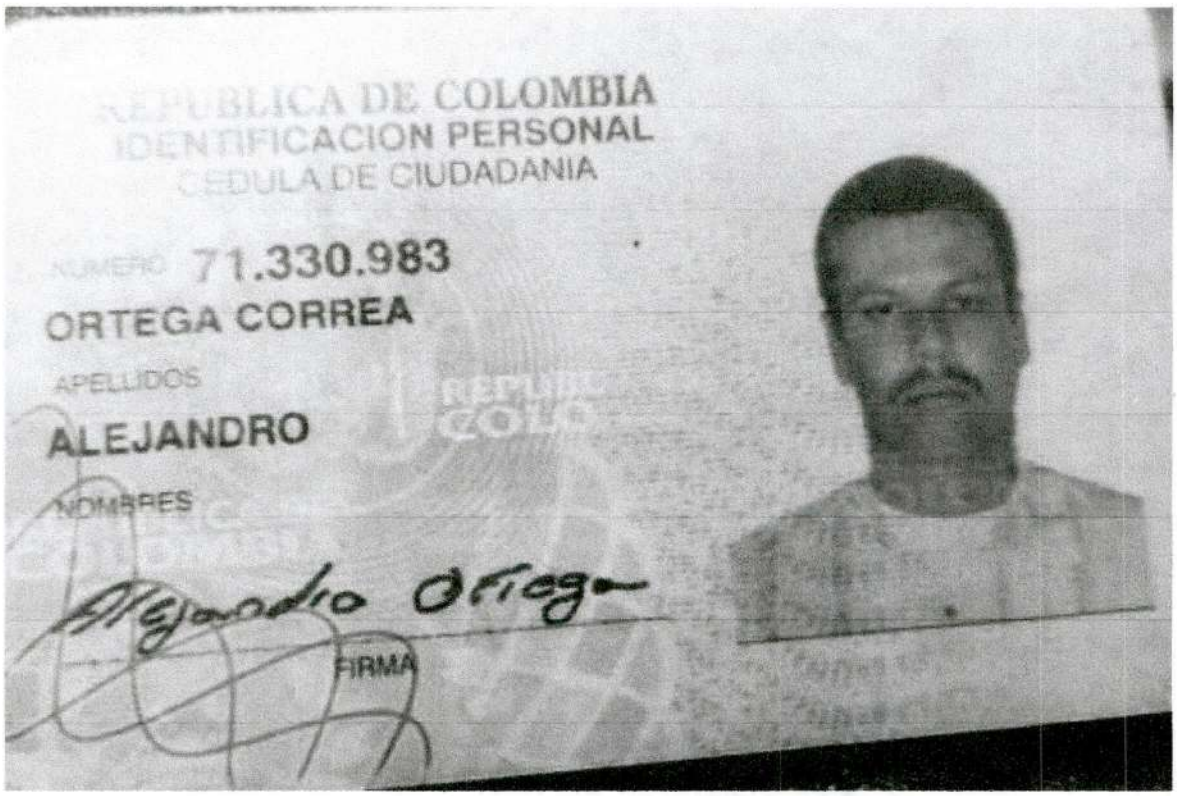
908

909

Anexo 3.3-13: Anexo 9 Afiliaciones personal

ANEXO 9.

AFILIACIONES PERSONAL


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 71.330.983
ORTEGA CORREA
APELLIDOS
ALEJANDRO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1977
SANTO DOMINGO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
19-MAR-1996 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0100150-00131661-M-0071330983-20081126
0006952018A 1
7010034596

9/12

ARL | sura

Medellín, 12 de Mayo 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 TCA CORREA SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - ORUGA RIESGO 5, 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
C71330983	ORTEGA CORREA ALEJANDRO	11/05/2023		1774214t	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:C986213702313235863

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 desafiliació
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/05/2023 09:57:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

913

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2023 -05-12 09:14:06, el empleador **TCA CORREA SAS** identificado con **NI** número **901185478**
registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE.**

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
682825545142	2023 -05-12 09:14:06	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	71330983	ALEJANDRO ORTEGA	1160000	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS VARIOS	2023 -05-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Mayo del año 2023.

914

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 **ALEJANDRO ORTEGA CORREA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **71330983,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2004** 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 12 de mayo de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

915

ALMAVID SALUD S.A.S.
CALLE 53 C SUR 43 - 74

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

ALMAVIDSALUD

Teléfono: 3220501

Fecha **10/05/2023 08:30:00**

Identificación **CC 71330983** Nombre **ALEJANDRO ORTEGA CORREA** Edad 45 Años

Entidad **TCA CORREA SAS - PROTOCOLO DE SEGURIDAD VIAL 7**

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ: SIN RESTRICCION
Esta certificación se expide de acuerdo a la normatividad colombiana para conducción de vehículos según la resolución 40595 de 2022 donde con base en los registros consignados en el Informe de Evaluación Física, Mental y de Coordinación Motriz, se realizó verificación de los resultados obtenidos por el aspirante según los parámetros y límites establecidos en el Anexo I "Rangos de Evaluación de las Aptitudes Físicas, Mentales y de Coordinación Motriz requeridas para obtener por primera vez, recategorizar y/o refrendar la licencia de conducción", para efectos de expedir el presente certificado.

Para la expedición del presente certificado se tuvo en la cuenta las siguientes pruebas:

Capacidad mental. Capacidad que tiene el aspirante de responder a un estímulo como resultado de un proceso cerebral producto del aprendizaje, de forma que se encuentre en condiciones de relacionarse con su entorno, mantener el sentido de la realidad, de la orientación temporo-espacial, de la comprensión y discernimiento para la construcción de pensamiento lógico.

Coordinación integral motriz. Destreza del candidato para ejecutar acciones precisas y rápidas utilizando la visión, la audición y los miembros superiores y/o inferiores en forma simultánea. Incluye la coordinación manual, bimanual y la coordinación entre la aceleración y el frenado.

Capacidad de visión. Condiciones de visión del individuo son las mínimas para conducir un vehículo automotor de manera segura

Capacidad auditiva. Determina los niveles mínimos de audición que tiene la persona en cada uno de los oídos y su orientación auditiva

Capacidad física general. Una vez efectuadas las pruebas anteriores, el candidato fue evaluado por medicina ocupacional , en la que además de las pruebas físicas generales, el profesional de la salud indagó al solicitante sobre su historial médico o diagnóstico clínico, de manera que le permitió deducir el cumplimiento de los criterios establecidos en la resolucion 40595 de 2022. Seguridad Vial Apto Cumple Con Resolución 40595 De 2022.



ALEJANDRO ORTEGA CORREA
C.C 71330983

Juan Carlos Peñuela Chávez
Médico especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Registro medico: 17-16910-12
Licencia S.O: 2019060039556

JUAN CARLOS PEÑUELA CHAVEZ
C.C 91528405 R.M
MEDICINA LABORAL

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE OBRA O LABOR

Nombre del empleador: TCA CORREA S.A.S

Representante legal: Orlando de Jesús Correa Acosta.

Nombre del empleado: Alejandro Ortega Correa

Identificada con cédula No: 71330983

Cargo a desempeñar: Operador Oruga

Salario: $ 1.500.000 (Un millón quinientos mil de pesos)

Entre el empleador y trabajador (a), ambas mayores de edad, identificadas como ya se anotó, se suscribe CONTRATO DE OBRA, regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Lugar. El trabajador (a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine, para labores correspondiente al contrato de Operador Oruga Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

SEGUNDA: Funciones. El empleador contrata al trabajador (a) para desempeñarse como Operador Oruga.

TERCERA: Elementos de trabajo. Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

CUARTA: Obligaciones del contratado. El trabajador por su parte, prestará su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente el (Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad y Salud en el trabajo) cumpliendo las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia o a otro empleador en el mismo o diferente oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA: Término del contrato. El presente contrato tendrá una duración hasta cuando se finalice la obra de operador de oruga, pero podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, cumpliendo con las exigencias legales al respecto.

SEXTA: Periodo de prueba: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros 20 días de labores.

SEPTIMA: Justas causas para despedir: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes las siguientes: 1. El haber sufrido engaño por parte del trabajador, mediante la presentación de certificados falsos para su admisión o tendientes a obtener un provecho indebido. 2. Todo acto de violencia, injuria, malos tratamientos o grave indisciplina en que incurra el trabajador en sus labores, contra el empleador, los miembros de su familia, el personal directivo o los compañeros de trabajo. 3. Todo acto grave de violencia, injuria o malos tratamientos en que incurra el trabajador fuera del servicio, en contra del empleador, de los miembros de su familia o de sus representantes y

socios, jefes, vigilantes o celadores. 4. Todo daño material causado intencionalmente a los edificios, obras, maquinarias y materias primas, instrumentos y demás objetos relacionados con el trabajo, y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas o de las cosas. 5. Todo acto inmoral o delictuoso que el trabajador cometa en el establecimiento o lugar de trabajo o en el desempeño de sus labores. 6. Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones especiales que incumben al trabajador de acuerdo con los artículos 58 y 60 del Código Sustantivo del Trabajo, o cualquier falta grave calificada como tal en pactos o convenciones colectivas, fallos arbitrales, contratos individuales o reglamentos. 7. La detención preventiva del trabajador por más de treinta (30) días, a menos que posteriormente sea absuelto; o el arresto correccional que exceda de ocho (8) días, o aun por tiempo menor, cuando la causa de la sanción sea suficiente por sí misma para justificar la extinción del contrato. 8. El que el trabajador revele los secretos técnicos o comerciales o dé a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa. 9. El deficiente rendimiento en el trabajo en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores análogas, cuando no se corrija en un plazo razonable a pesar del requerimiento del empleador. 10. La sistemática inejecución, sin razones válidas, por parte del trabajador, de las obligaciones convencionales o legales. 11. Todo vicio del trabajador que perturbe la disciplina del establecimiento. 12. La renuencia sistemática del trabajador a aceptar las medidas preventivas, profilácticas o curativas, prescritas por el médico del empleador o por las autoridades para evitar enfermedades o accidentes. 13. La ineptitud del trabajador para realizar la labor encomendada. 14. El reconocimiento al trabajador de la pensión de la jubilación o invalidez estando al servicio de la empresa. 15. La enfermedad contagiosa o crónica del trabajador, que no tenga carácter de profesional, así como cualquiera otra enfermedad o lesión que lo incapacite para el trabajo, cuya curación no haya sido posible durante ciento ochenta (180) días. El despido por esta causa no podrá efectuarse sino al vencimiento de dicho lapso y no exime al empleador de las prestaciones e indemnizaciones legales y convencionales derivadas de la enfermedad. En los casos de los numerales 9 a 15 de este artículo, para la terminación del contrato, el empleador deberá dar aviso al trabajador con anticipación no menor de quince (15) días. y el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (*Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad)* y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.16. El no acatamiento de las recomendaciones dadas por la empresa (o sus representantes) dueña de los predios en los que se ejecuta el contrato por parte de Camposer SAS.

OCTAVA: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) el salario mensual de, **1.500.000 (Un millón quinientos de pesos).** Pagaderos a cuenta bancaria que deberá ser informada oportunamente por el empleado o a través de servicios de giro, pago que será mensual según calendario de pago socializado. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Siempre y cuando la empresa haya recibido la Proforma para el respectivo pago, o de lo contrario se realizara el día que esta se recibe.

NOVENA: Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado, por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo

posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

DÉCIMA: Beneficios extra legales el empleador podrá reconocer beneficios, primas, prestaciones de naturaleza extralegal, lo cual se hace a título de mera liberalidad y estos subsistirán hasta que el empleador decida su modificación o supresión, atendiendo su capacidad, todos los cuales se otorgan y reconocen, y el trabajador así lo acuerdan sin que tengan carácter salarial y por lo anterior no tienen efecto prestacional o incidencia en la base de aportes en la seguridad social o parafiscales en especial este acuerdo se refiere a auxilios en especie o en dinero, primas periódicas o de antigüedad o en general beneficios de esa naturaleza, los que podrán ser modificados o suprimidos por el empleador de acuerdo con su determinación unilateral como fue otorgado.

El EMPLEADOR otorgará a EL EMPLEADO un auxilio especial de transporte que no tiene relación con el subsidio de transporte y el cual tiene por objeto reconocer y financiar los desplazamientos que realiza EL EMPLEADO para desempañar sus labores y podrá otorgarse o no según necesidad.

PARAGRAFO: Las sumas de dinero antes mencionadas no remuneran la prestación personal del servicio por parte de EL EMPLEADO en beneficio de El EMPLEADOR, y en consecuencia no son constitutivas de salario de conformidad con el artículo 128 del Código Sustantivo del Trabajo, subrogado por el artículo 15 de la Ley 50 de 1990, por lo tanto dichas sumas de dinero se excluirán para efectos de liquidar y pagar las diferentes prestaciones sociales de carácter legal o extralegal, al igual que los aportes a la seguridad conforme a la normatividad vigente.

DECIMA PRIMERA: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DECIMA SEGUNDA: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del empleador afiliar a los colaboradores a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

DECIMA TERCERA: Nueva obra o cambio del término del contrato. Si al finalizar la obra contratada, el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la aquí contratada o vincularlo mediante un periodo fijo o término indefinido, se deberá hacer un nuevo contrato de trabajo y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

DECIMA CUARTA: Descuentos. El trabajador autoriza para que el empleador descuente cualquier suma de dinero que se cause dentro de la existencia y terminación del contrato de trabajo ya sea por concepto de préstamos, alimentación, bonos de alimentación, vivienda utilización de medios de comunicación, fondo de empleados, aportes bienes dados a cargo y no reintegrados, este descuento se podrá realizar de la nómina mensual y de las prestaciones

sociales, indemnizaciones, descansos o cualquier beneficio que resulte con ocasión de la existencia o terminación del contrato por cualquier motivo.

DECIMA QUINTA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

DECIMA SEXTA: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad.

Se firma por las partes, el día 11 del mes mayo de 2023.

Orlando Correa

Orlando de Jesús Correa
EMPLEADOR
C. C. No.

Alejandro Ortega Correa
EMPLEADO
C. C. No. 1330983

920



ALEJANDRO ORTEGA CORREA

FECHA DE NACIMIENTO: 23/11/1977
TELÉFONOS: ***RESIDENCIA:*** (4) 206 94 14
CELULAR: 3138379360
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cll 42 A CR 57ª- 17
BARRIO: Santa Ana
MUNICIPIO: Bello (Ant)
E - MAIL: alejjandroortega20191@gmail.com

FUNCIONES: ***OPERADOR MOTONIVELADORA***
OPERADOR EXCAVADORA
OPERADOR RETROCARGADOR
CONDUCTOR

PERFIL

Me caracterizo por ser una persona de fácil aprendizaje, emprendedora, excelentes relaciones interpersonales, responsable en cada función que se me asigne. Tengo conocimientos para desempeñarme en actividades relativas a:

- Fundamentos para aplicarlos en el campo donde se me asigne cualquier labor.
- Tengo capacidad para liderar cualquier función asignada.

COMPETENCIAS LABORALES:

- Trabajo en equipo
- Orientación al Servicio
- Liderazgo
- Creatividad
- Solución de problemas
- Adaptación al cambio
- Toma de decisiones

FORMACIÓN

Estudios Primarios: Institución Rural Santa Cruz. Yolombó.

1988

Estudios Secundarios: Institución Educativa Jorge Eliecer Gaitán Ayala Bello Antioquia

2015

922

REFERENCIAS PERSONALES

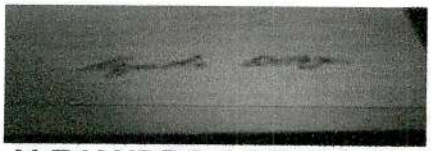
NOMBRE: Alejandro Garcés.
EMPRESA:
CARGO: Operador
CELULAR: 3215644435

NOMBRE: Alfredo Jiménez
EMPRESA:
CARGO: *OPERADOR*
CELULAR: 3128435302

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE: Luisa Fernanda Ortega Correa
EMPRESA: SERPROAN
CARGO: TECNICA RESIDENTE
CELULAR: *3167715764*

NOMBRE: Adriana María Correa
EMPRESA: **Institución Educativa Julio Restrepo**
CARGO: DOCENTE
CELULAR: 3218860465



ALEJANDRO ORTEGA CORREA
C.C 71330983 MEDELLIN

923

HIDRO DIESEL ASOCIADOS LTDA

Nit. 800.130.977-1
Servicio Dynapac, Ford, Case, Jhon Deere,
Cat 416, Especialistas en Sistemas
Hidráulicos y Neumáticos
Alquiler de Maquinaria para la Construcción

Medellín, Abril 16 de 2015.

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Certificamos que el señor **ALEJANDRO ORTEGA CORREA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.330.983 de Medellín (Ant), laboró para nuestra Empresa **HIDRO DIESSEL ASOCIADOS LTDA**, desde Octubre de 2012, hasta Noviembre de 2013, trabajando como **OPERADOR DE MOTONIVELADORA**, Realizando las siguientes Funciones:

*Extender Materiales.
*Limpieza de Cunetas.
*Perfilación de Vías.
*Sereo de Subrazantes (Limo, Base y Sub-base granular).

Durante este periodo siempre se destacó por ser muy Colaborador, serio, honrado, emprendedor, Respetuoso y responsable.

Cualquier información adicional favor comunicarse a los teléfonos 575 14 60 – 527 42 20 en la ciudad de Medellín.

Cordialmente,

HIDRO DIESSEL
ASOCIADOS LTDA
Nit. 800.130.977-1

LUZ DARY OSORIO DE BUSTAMANTE
Representante Legal

924

Construcciones Y Vías Ingenieros Contratistas

Envigado - Antioquia, 11 de febrero de 2015

LA EMPRESA SE PERMITE CERTIFICAR QUE:

El señor ALEJANDRO ORTEGA CORREA, identificado con Cédula número 71330983, estuvo Vinculado a nuestra empresa Construcciones y Vías Ingenieros Contratistas **Convial S.A.S**, sociedad que se identifica con el NIT **811.014.359-1**, en el cargo de OPERADOR RETROEXCAVADORA, mediante la modalidad laboral de contrato fijo , iniciando el 21 de Abril de 2008 y terminó la relación laboral el 31 de Diciembre de 2008. Reingreso el 02 de Enero de 2009 hasta el 01de Septiembre de 2011. Su asignación salarial mensual fue de $1,323,000.00.

Motivo de terminación del contrato: RENUNCIA VOLUNTARIA.

De requerirse ampliación de la información antes acotada, sírvanse comunicarse al 332 89 28 extensión 220, Departamento de Recursos Humanos.

Cordialmente,

Lina María Gómez Vanegas

Lina María Gómez Vanegas
Departamento de Recursos Humanos
Convial SAS.

925

ALQUIECOM
MAQUINAS Y EQUIPOS S.A.S.

CRA 43B N° 34 Sur 34 Envigado PBX 2710374

APARTADO AEREO 80563 ENVIGADO

EL DEPARTAMENTO DE GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que el señor **ALEJANDRO ORTEGA CORREA,** identificado con cedula de ciudadania número **71.330.983**, laboró para nuestra empresa desde el 18 de noviembre de 2013 hasta el 05 de febrero de 2015 desempeñando labores como operador de motoniveladora, con Contrato por obra o labor.

Este certificado se expide a petición del interesado en Envigado a los 16 dias del mes 04 del año 2015 Cualquier información adicional con gusto será suministrada en el teléfono **320 30 00 Opc. 0**

Atentamente,

ALQUIECOM
MAQUINAS Y EQUIPOS S.A.S.
NIT. 900.422.347 - 6

JENNY SULEIMY DUQUE
Asistente Administrativa.
ALQUIECOM S.A.S.

926

INGEVÍAS

Medellín, 5 de Abril de 2019

INGENIERIA Y VIAS SAS
NIT 800.029.899-2

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) **ALEJANDRO ORTEGA CORREA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 71.330.983, laboró al servicio de nuestra compañía desempeñando el cargo de OPERADOR MOTONIVELADORA, desde el día veintitres (23) de Abril de dos mil quince (2015), hasta el día veintidos (22) de Marzo de dos mil diecinueve (2019), con un contrato de trabajo: Labor contratada, y devengando un salario mensual de UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.700.000.00)

Dicha certificación se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

SHIRLY LORENA ROJAS SARIEGO
Directora Talento Humano

927

ACERO ASOCIADOS S.A.

Sabaneta, septiembre 04 de 2019

ACERO ASOCIADOS S.A.S
NIT 830501032-7

HACE CONSTAR:

Que el señor **ALEJANDRO ORTEGA CORREA**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 71330983, labora para esta empresa desde 26 de marzo de 2019, desempeñándose como OPERADOR MOTONIVELADORA, devengando actualmente un salario de $2.100.000(dos millones cien mil pesos M.L.) Mensuales, más lo que se genere por conceplo de horas extras, con contratos por duración de obra.

Cualquier información adicional con gusto la suministraremos en el teléfono 3222386.

Atentamente,

Angela Urrea V.

ANGELA MARIA URREA VELASQUEZ
Directora de Talento Humano

928

CENTRO DE ENSEÑANZA DE MAQUINAR PESADA S.A.S.

NIT 900.607.769-6

CERTIFICA QUE

ALEJANDRO ORTEGA CORREA

CC: 71.330.983

CEMAQUI

ASISTIO AL CURSO DE OPERARIO DE MOTONIVELADORA CON INTENSIDAD HORARIA DE 50 HORAS TEORICO- PRACTICAS OBTENI CONOCIMIENTOS EN SALUD OCUPACIONAL SEGURIDAD INDUST MECANICA BASICA E HIDRAULICA BASICA TERMIN SATISFACTORIAMENTE EL CURSO.

RESOLUCION 2888 DE 2007 DECRETO 4904 DE 2009 DEL MEN

CLAUDIA OTALVARO Directora

FECHA : 20 DE SEPTIEMBRE DE 20

CEMAQUI
NIT. 900.607.769-6

LUIS GUILLERMO QUIMBAYA
Instructor

VENCE : 20 DE SEPTIEMBRE DE 2

www.cemaqui

929

CEMCARGA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN MAQUINARIA

Alcaldía de Medellín

Con el aval de evaluadores de competencias laborales del SENA, registro 16724877 de 29/10/2013 C.A.P del Ministerio de Transporte N° 13030 de 16/01/2012 y 29317 de 25/01/2017 en la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia.

CERTIFICA QUE

ALEJANDRO ORTEGA CORREA

IDENTIFICADO CON CÉDULA 71´330.983 MEDELLÍN

CURSÓ Y APROBÓ LA ACCIÓN DE FORMACIÓN

MANEJO Y OPERACIÓN SEGURA DE RETROEXCAVADORA TIPO ORUGA

Con intensidad de **80** horas.

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA EN MEDELLÍN A LOS 06 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2020

DIRECTOR

SECRETARIA

VIGENCIA: 06-06-2022

Escaneado con CamScanner

930

La República de Colombia

Institución Educativa
Jorge Eliecer Gaitán Ayala
Bello- Antioquia

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución
Nº 17 841 de Noviembre 11 de 2004

Confiere a:

ALEJANDRO ORTEGA CORREA

Identificado(a) con C.C. No. 71.130.813 de Medellín, Ant.

El título de:

Bachiller Académico

Validación nocturna

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional según los planes y programas vigentes



El Rector

El Secretario

Anotado al Folio 195 Del Libro de Registro Nº 025 Acta 011

Dado en Bello, a los 05 días del mes de Diciembre de 2015

Escaneado con CamScanner

931

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA D EDUCACIÓN
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JORGE ELIECER GAITAN AYALA
BELLO- ANTIOQUIA

Autorizado por el Ministerio de Educación segun Resolucion N° 17853 del Noviembre 11 de 1994. Fusionada por resolucion Departamental N°15168 del 30 de Octubre de 2002 y con Reconocimiento oficial, Legalización y aprobacion de Estudios con los niveles de Educación Preescolar, Educación Basica, media Academica Y Media Tecnica en las Modalidades de Sistemas y Gestión Empresarial, Ley 115 de 1994, Decreto 1860 de 1994 mediante Resolución Municipal No. 1173 del 12 de septiembre de 2000.

CERTIFICA:

Que en el salón de recepciones del plantel se llevó a cabo la proclamación de Bachilleres, donde se le concedió el titulo de ***BACHILLER ACADEMICO VALIDACION NOCTURNA a, ALEJANDRO ORTEGA CORREA*** *identificado con C.C No. 71.330.983 de Medellin (Ant)*

El acto fue presidido por el Rector y la Secretaria de la Institución

LIBRO	ACTA	FOLIO
023	011	195

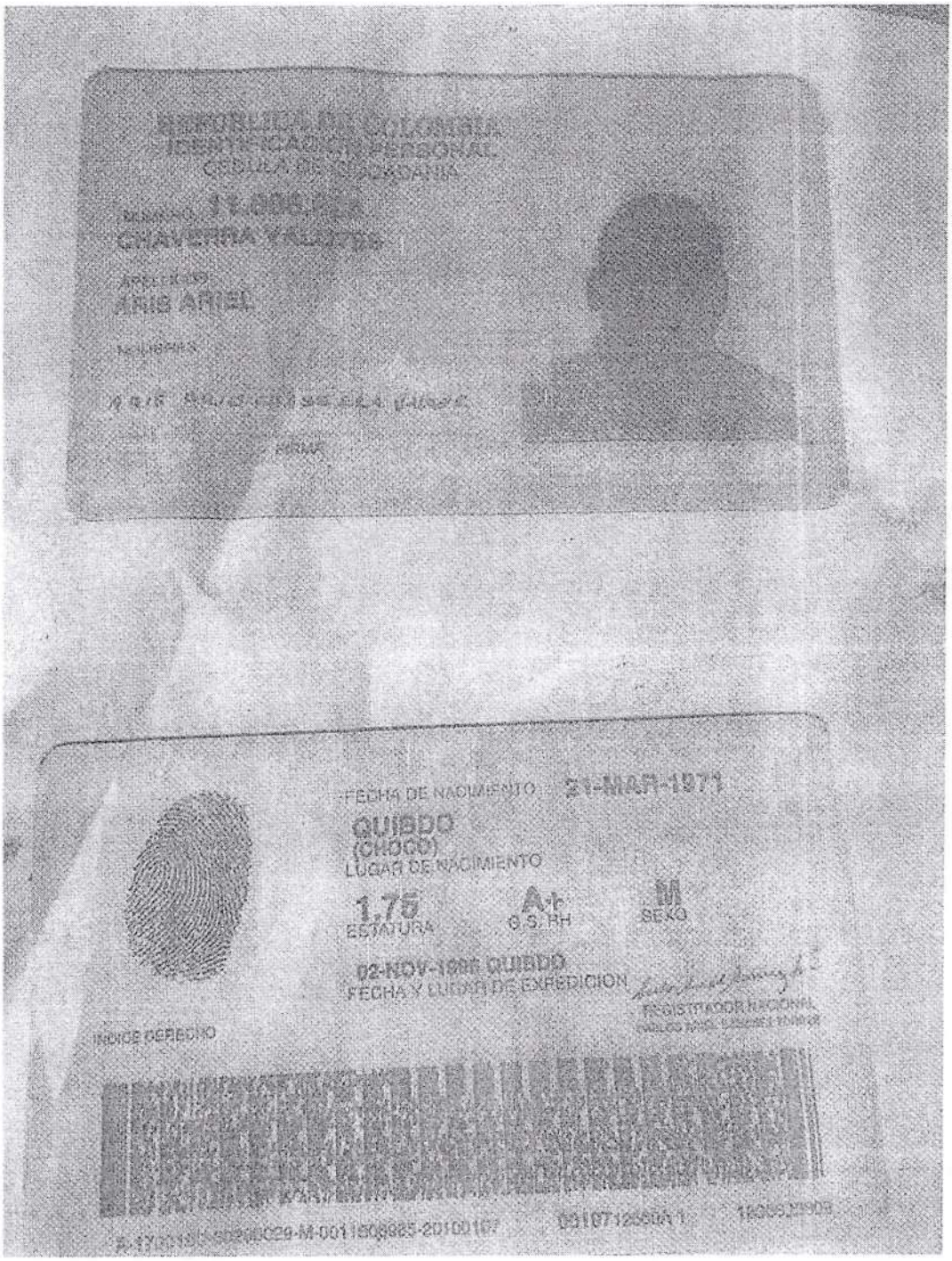
Este certificado no necesita autenticación Notarial Decreto 1987.

El presente certificado se expide a solicitud verbal del interesado, se firma y sella en Bello a los 05 dias del mes de Diciembre de 2015

ALEJANDRO LOPERA LOPERA
C.C No. 8.355.905 de Bello
Rector(a)

JUAN CAMILO DELGADO R.
C.C No.70.054.033 de Medellin
Secretario (a)

Escaneado con CamScanner


IDENTIFICACION PERSONAL
CHAVERRA
ARIS ARIEL
FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1971
QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
02-NOV-1989 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Q37

ARL | sura

Medellín, 25 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 CONSORCIO PITA 7, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL ANTIOQUIA, 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
C11806985	CHAVERRA VALOYES ARIS ARIEL	25/04/2023		21332001	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:C438367952311551767

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 25/04/2023 14:22:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.184.148.242, 198.143.41.23, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

431

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 25/04/2023, el empleador CONSORCIO PITA 7 identificado con NIT número 901646363 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
5685399	25/04/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	11806985	ARISARIEL CHAVERRA VALOYES	1328250	OFICIAL DE CONSTRUCCION	2023-04-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Abril del año 2023.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

935

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 **ARIS ARIEL CHAVERRA VALOYES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11806985**, se encuentra afiliado/a desde **13/11/2018** 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 25 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

936

Registro de afiliación individual

CONSORCIO PITA 7 | NIT 9016463631 | Envío exitoso No. 441544

Con este número podrás hacerle seguimiento a tu afiliación. Revisaremos esta información y, en un tér
hábiles, te informaremos el resultado.

Datos del trabajador

Información general

Documento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Gére
CC 11806985	ARIS ARIEL CHAVERRA VALOYES	21/03/1971	Masc

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Teléfono fijo:	Correo electrónicc
Antioquia	Medellin	CR 73 # 3 - 36	3105443110		gestionhumanagu

Datos laborales

Tipo de contrato:	Tipo de salario:	Salario:	Horas contratadas al dia:	Horas contratadas al mes:	Fecl
Fijo	Fijo	$1,328,250	8	240	25/(

937

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

GRUPO EMPRESARIAL
MACROSALUD IPS
Salud Y Seguridad a Su Servicio
NIT 900.978.555-8



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.154

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	04 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO PITA 7	CONSORCIO PITA 7

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CHAVERRA VALOYES ARIS ARIEL	MASCULINO	52 AÑOS	CC (Tipo)	11806985 (Número)

Cargo	EPS	AFP	ARL
OFICIAL DE OBRA	LA NUEVA EPS	COLPENSIO	SURA

Estudios: SECUNDARIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	PERFIL LIPÍDICO
VISIOMETRÍA	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
ESPIROMETRÍA	GLICEMIA EN AYUNAS

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : PROTECCION AUDITIVA DOBLE EN EXPOSICIOM A RUIDOS MAYOR DE 86 DB	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR : CONTINUAR CONTROLES POR EPS CON RCV	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NORMAS DE AUTOCUIDADO YSEGURIDAD

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

Médico

Dra. Rocio Cortes Cortes

Firma: _____

Nombre: CORTES CORTES CARMENZA DEL ROCIO

R. M.: 62298-01 L.S.O.:

Código de Seguridad
C50I1O30154

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: CHAVERRA VALOYES ARIS ARIEL

CC: 11806985

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

GRUPO EMPRESARIAL
MACROSALUD IPS
Salud Y Seguridad a Su Servicio
NIT 900.978.555-8

Código de Seguridad
V50B57H30154



N° 30154

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DIA	04 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO PITA 7	CONSORCIO PITA 7

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CHAVERRA VALOYES ARIS ARIEL	MASCULINO	52 AÑOS 0 MESES 30 DÍAS	Tipo: CC	Número: 11806985

Cargo
OFICIAL DE OBRA

TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO

RECOMENDACIONES MEDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE AUDITIVO: PROTECCION AUDITIVA DOBLE EN EXPOSICIOM A RUIDOS MAYOR DE 86 DB, SVE CARDIOVASCULAR: CONTINUAR CONTROLES POR EPS CON RCV, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

Datos del Médico:



Profesional: CORTES CORTES CARMENZA DEL RO
R. M.: 62298-01 **L.S.O.:**
Especialidad:

Responsable del SG-SST:

Documento:
Nombre:
Fecha:

Recibido por el trabajador o apirante:

Documento:
Nombre:
Fecha:

939

CONSORCIO PITA 7

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

EMPLEADOR	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: GUINCO SAS - NIT N° 900.336.649-7	DOMICILIO: MEDELLÍN
NOMBRE E IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: RICARDO GUERRA BARRIENTOS C.C. N° 71.337.270	DIRECCIÓN: CARRERA 76 N° 3-36

TRABAJADOR
NOMBRE Y APELLIDOS: ARIS ARIEL CHAVERRA VALOYES C.C. N°: 11.806.985 DIRECCIÓN: CALLE 53 A # 24-27 FECHA DE NACIMIENTO: 21 MARZO 1971 CORREO ELECTRONICO: arisarielchaverravaloyes@gmail.com CELULAR: 310 544 3110 SALUD: NUEVA EPS PENSIÓN: COLPENSIONES NÚMERO DE CUENTA PAGO DE NOMINA:

NACIONALIDAD: COLOMBIANO	PROFESIÓN U OFICIO: OFICIAL DE OBRA

CONDICIONES ESPECIALES	
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR: MEDELLÍN	LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁN LAS LABORES: ALCANTARILLADO LA FLORIDA
CARGO QUE DESEMPEÑARÁ EL TRABAJADOR: OFICIAL DE OBRA	REMUNERACIÓN: SALARIO MENSUAL: $ 1.328.250 AUXILIO DE TRANSPORTE MENSUAL: N/A
PERIODOS DE PAGO: QUINCENAL	FECHA DE INICIO DE LABORES: 08 DE MAYO DE 2023
HORARIO LABORAL: LUNES A JUEVES: 7:00 AM – 5:00 PM VIERNES: 7:00 AM – 3:00 PM DESAYUNO: ALMUERZO: SABADOS: 7:00 – 12:00 M	PERIODO DE PRUEBA: 60 DIAS JORNADA LABORAL: 48 HORAS SEMANALES

Las partes identificadas plenamente al inicio del presente contrato, declaramos que hemos celebrado un contrato individual de trabajo el cual se rige por las siguientes cláusulas especiales y, en lo no previsto en ellas, por las normas generales del Código Sustantivo del Trabajo y las disposiciones complementarias de la legislación colombiana:

PRIMERA: OBLIGACIONES GENERALES DEL TRABAJADOR: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de EL TRABAJADOR y este (a) se obliga a poner a

CONSORCIO PITA 7

disposición de **EL EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo y eficiencia en el empleo u oficio contratado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones pertinentes, observando en su desempeño el cuidado y diligencia necesarios, de acuerdo con las características propias del oficio que desempeñará y las obligaciones que en el exige el Reglamento Interno de Trabajo de **EL EMPLEADOR.**

SEGUNDA: **CARGO: EL EMPLEADOR** contrata a **EL TRABAJADOR** para que desempeñe el cargo de **OFICIAL DE OBRA**, labor esta, que se obliga a desarrollar en **CONSTRUCCION DE REDES DE ALCANTARILLADO EN LA VEREDA LA FLORIDA, SAN ANTONIO DE PRADO,** sin embargo, **EL TRABAJADOR** acepta expresamente desde el mismo momento en que suscribe el presente contrato los traslados que **EL EMPLEADOR** le comunique, siempre que dichos traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración de **EL TRABAJADOR**, o impliquen perjuicios para ella. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por **EL EMPLEADOR** de conformidad con el artículo 57 numeral 8° del Código Sustantivo del Trabajo. **EL TRABAJADOR** se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida **EL EMPLEADOR** en desarrollo de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales de **EL TRABAJADOR** y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos de **EL TRABAJADOR**, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la ley 50 de 1990.

TERCERA: **ACTIVIDADES PROPIAS DEL CARGO:** se obliga a cumplir las funciones que se enumeran en el manual de funciones, que hace parte integral del presente contrato, las cuales incluyen las que le solicite su jefe inmediato, siempre y cuando no menoscaben su dignidad y tengan afinidad con su perfil.

CUARTA: **JORNADA DE TRABAJO: EL TRABAJADOR** se obliga a laborar la jornada ordinaria convenida en las horas señaladas por **EL EMPLEADOR** dentro de este contrato o dentro del Reglamento Interno de Trabajo, pudiendo este último hacer ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente, sin que dichos cambios afecten la estabilidad laboral de **EL TRABAJADOR.** Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, siempre que estas así lo dispongan, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la ley 50/90, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la respectiva jornada no se computan dentro de la misma, tal como lo determina el artículo 167 ibídem. Tampoco se computarán y por lo tanto no harán parte de la jornada laboral, los demás descansos adicionales que se determinen dentro del presente contrato o en el reglamento interno de trabajo, otorgados libremente por **EL EMPLEADOR** a sus trabajadores, pues los mismos, se otorgan a estos últimos para que libremente dispongan de ellos, para tomar o ingerir alimentos, bebidas, refrigerios, estiramientos, satisfacer necesidades personales o fisiológicas, entre otros, de tal manera, que durante los descansos concedidos no se presta el servicio ni mucho menos se está a disponibilidad de **EL EMPLEADOR**. De igual manera, **EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR,** acuerdan que la jornada semanal de **CUARENTA Y OCHO** horas, es la acordada por las partes, la cual se realizará mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en máximo seis días a la semana con un día de descanso obligatorio, que podrá coincidir con el domingo, en esta, el número de horas de trabajo diario podrá repartirse de manera variable durante la respectiva semana y podrá ser de mínimo cuatro (4) horas diarias continuas y hasta diez (10) horas diarias continuas sin lugar a ningún recargo por trabajo suplementario, cuando el número de horas de trabajo no exceda las

CONSORCIO PITA 7

cuarenta y ocho (48) horas, literal "d" del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por la ley 789/2002 articulo 51.

PARÁGRAFO PRIMERO: EL EMPLEADOR y EL TRABAJADOR, acuerdan que, en el presente contrato, se determina como día de descanso obligatorio semanal, el dia DOMINGO, razón por la cual EL TRABAJADOR no prestará el servicio en ese día; en caso tal de laborar el día domingo por orden o autorización de EL EMPLEADOR, este último cancelará su día de trabajo con el recargo ordenado por la Ley

PARÁGRAFO SEGUNDO: EL EMPLEADOR y EL TRABAJADOR, acuerdan que en atención a que la jornada laboral que regula el vínculo contractual es una JORNADA FLEXIBLE, en aquellos eventos en que EL TRABAJADOR en razón de su cargo o por las necesidades del servicio que presta a EL EMPLEADOR, su día de descanso dominical obligatorio semanal deba ser modificado, dicha situación se hará efectiva por parte de EL EMPLEADOR, pero siempre respetando su derecho a su día de descanso obligatorio. De tal manera que, a partir de la suscripción del presente documento, EL TRABAJADOR acepta los cambios rotativos del día de descanso obligatorio que EL EMPLEADOR le indique.

PARAGRAFO TERCERO: EL TRABAJADOR se compromete a cumplir a cabalidad las políticas del protocolo de bio seguridad, el cual hace parte integral del presente contrato y exigidas por el gobierno nacional a raíz de la pandemia del virus covid 19. EL TRABAJADOR tiene claro que el no cumplimiento de este protocolo aun cuando sea por una primera vez, es justa causa para terminar el contrato laboral.

QUINTA: REMUNERACIÓN: EL EMPLEADOR pagará al EL TRABAJADOR, por la realización de sus funciones, una remuneración total, equivalente a UN MILLON TRECIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M.L. ($1.328.250) mensuales, entendiendo las partes por remuneración, la suma total de los factores salariales y no salariales percibidos por EL TRABAJADOR, en las oportunidades determinadas en el presente instrumento. Dentro del pago establecido a título de factor salarial (salario), se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos, la correspondiente a los días de descanso compensatorio que disfrute EL TRABAJADOR de que trata los capítulos I, II y III del título VII del C.S.T.

PARÁGRAFO PRIMERO: las partes acuerdan de manera expresa que los beneficios o auxilios que EL TRABAJADOR, reciba en forma adicional a su salario por parte de EL EMPLEADOR y que sean otorgados por este último de manera ocasional o por mera liberalidad, como puede ser auxilio e vida cara, auxilio de rodamiento, telecomunicaciones, alimentación, alojamiento; no constituyen factor salarial ni mucho menos factor de liquidación de acreencias laborales de acuerdo con el articulo 15 de la ley 50/90 y el articulo 128 del C.S.T, tales como: primas, bonificaciones o gratificaciones ocasionales, beneficios o auxilios habituales acordados expresamente por las partes bien sea convencional o contractualmente como no salariales ni en dinero ni en especie, participación de utilidades, lo que reciba en dinero o en especie no para su beneficio, ni para enriquecer su patrimonio, sino para desempeñar a cabalidad sus funciones, como gastos de representación, medios de transporte, elementos de trabajo y otros semejante. Tampoco las prestaciones sociales de que tratan los títulos VIII y IX del C.S.T, beneficios en especie, tales como alimentación, habitación o vestuario, tampoco auxilio de alimentación, auxilio de movilización, auxilio de comunicación, suministro de vivienda,

CONSORCIO PITA 7

por vacaciones o navidad, aguinaldo, auxilios para educación o cualquier otro pago extralegal que en cualquier momento durante la vigencia del contrato laboral conceda **EL EMPLEADOR**, pues los mismos no se generan ni cancelan como consecuencia de una retribución directa por el servicio prestado sino por la voluntad expresa de **EL EMPLEADOR** de incentivar el buen desarrollo de la actividad laboral de **EL TRABAJADOR** y así mismo mejorar la calidad de vida de este último y el de su familia. Así mismo, declara el **EMPELADOR** que el valor asignado a título de factor no constitutivo de salario en el presente contrato, no supera el límite del cuarenta porciento (40%) de la remuneración, del artículo 30 de la ley 1393 del 2010. Lo anterior acogiéndose al artículo 128 del Código Sustantivo de Trabajo y a la Sentencia del Consejo de Estado numero 201602496 (25185).

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las partes acuerdan de manera expresa que todos y cada uno de los pagos derivados de la relación laboral como son: salarios o cualquier otro pago proveniente de dicha relación podrán cancelarse de forma personal y directa a **EL TRABAJADOR,** o a través de consignación en cuenta corriente o de ahorros propiedad de **EL TRABAJADOR,** o por cualquier medio que garantice el ingreso de dichos pagos al patrimonio de **EL TRABAJADOR,** en ningún caso se le pagará a **EL TRABAJADOR** en cuenta bancaria que no éste a su nombre.

SEXTA: PERIODO DE PRUEBA Y TIPO DE CONTRATO: el presente contrato tiene periodo de prueba de 60 días y el tipo de contrato es por obra o labor contratada.

SÉPTIMA: DEDUCCIONES: Cuando por causa derivada directa o indirectamente de la relación contractual consten obligaciones económicas a cargo de **EL TRABAJADOR** y a favor de **EL EMPLEADOR,** éste último podrá efectuar las deducciones o retenciones a que hubiere lugar en cualquier momento y especialmente al tiempo de dar por terminado el presente contrato de trabajo de cada una de las prestaciones sociales, salarios y eventuales indemnizaciones, pues así lo autoriza de manera inmediata **EL TRABAJADOR,** entendiendo expresamente cada una de las partes que dicha autorización cumple las condiciones de orden escrita y previa, aplicable a cada caso.

OCTAVA: CONFIDENCIALIDAD: El empleado acepta que la información confidencial a cuyo conocimiento acceda o que genere con motivo de su relación laboral con **EL EMPLEADOR** forma parte del patrimonio de ésta, de la cual es depositario de secreto, asimismo, entiende que por la especialidad de la información a la que tendrá acceso en el desempeño de sus tareas, en principio debe considerar secreta por cualquier vía a la que acceda o genere en el curso de su relación con **EL EMPLEADOR**, particularmente, se obliga a guardar secreto de toda aquella información que se refiera directa o indirectamente al desarrollo de sus funciones, a su método de trabajo, a los negocios, a la organización interna del **EMPLEADOR** o de los clientes, proveedores de la misma o de los terceros que le comunicaron secretos en general.

Entre **EL EMPLEADOR** y **EL (LA) TRABAJADOR (A)**, acuerdan que debido y atendiendo a las responsabilidades, funciones y obligaciones propias de su cargo y entendiendo que el mismo tiene acceso, conocimiento y manejo de información confidencial de **EL EMPLEADOR, EL TRABAJADOR** se obliga a: (i) no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comercializar, comunicar, utilizar y/o emplear la Información Confidencial con persona natural ó jurídica, en su favor ó en el de terceros, (ii) proteger la Información comercial, las bases de datos, los diseños; que les sea suministrada y a la que tenga acceso, de tal manera que se evite su divulgación no autorizada, ejerciendo sobre ésta el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger la información reservada de su propiedad, (iii) no usar la Información Confidencial para propósitos distintos, y (vi) a no usar la Información Confidencial de modo que pueda ser bajo cualquier manera perjudicial para **EL**

EMPLEADOR La obligación señalada en la presente cláusula, implica todo tipo de información que reciba, desarrolle, conozca EL TRABAJADOR directa o indirectamente de EL EMPLEADOR, que les sea suministrada para el desarrollo de su labor o recibida de forma accidental. Incluye también información referida a las instalaciones, métodos, procedimientos y personas con las cuales tenga contacto y que tengan cualquier tipo de vinculo con EL EMPLEADOR

PARÁGRAFO PRIMERO: EL TRABAJADOR se compromete y garantiza que no violará la presente cláusula de confidencialidad, EL TRABAJADOR entiende que la violación de esta condición es una causal de terminación del contrato de trabajo con justa causa

PARÁGRAFO SEGUNDO: Si por cualquier evento o circunstancia cesara la relación laboral, el empleado se obliga a devolver toda la documentación, publicación, material y/o antecedente sustentado en cualquier tipo de soporte que constituya información confidencial o secreta.

PARÁGRAFO TERCERO: Sin perjuicio de lo anterior, si la violación a la presente cláusula le causa graves perjuicios a EL EMPLEADOR esta podrá entablar las acciones legales civiles y/o penales correspondientes.

NOVENA: POLÍTICA DE DAÑOS: EL EMPLEADOR amparado en la Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, radicado 48585 del 10/03/17, implementa como política el cobro de los daños realizados con ocasión al descuido, negligencia, imprudencia, (culpa o dolo), de EL TRABAJADOR por más leve que sea, el cual genere y cause daños, perjuicios y pérdidas en las instalaciones, maquinarias, material, equipos, mercancías, dineros, documentos, archivos, materias primas y demás de propiedad de EL EMPLEADOR, éste queda facultado y autorizado por parte de EL TRABAJADOR para efectuar las deducciones necesarias de sus salarios, prestaciones sociales y/o eventuales indemnizaciones hasta el valor equivalente y que cubra íntegramente el valor de los daños y/o pérdidas, protegiendo siempre el salario mínimo legal y la parte declarada inembargable, y mediante la diligencia y firma de los debidos formatos.

DÉCIMA: CAUSALES DE TERMINACIÓN DE CONTRATO CON JUSTA CAUSA: las causales de terminación del presente contrato se determinarán según lo establecido en el artículo 61, 62 y 63 del Código Sustantivo del Trabajo, además de las definidas en la escala de faltas y sanciones del Reglamento Interno de Trabajo.

DÉCIMA PRIMERA: INCORPORACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO: el Reglamento Interno de Trabajo, se entiende incorporado y adicionado al presente contrato, respecto del cual EL TRABAJADOR expresamente declara y manifiesta conocerlo en su totalidad.

DÉCIMA SEGUNDA: EFECTOS: Este contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno, cualquiera otro verbal o escrito, celebrado entre las partes con anterioridad, sobre el mismo objeto. Declaran cada una de las partes, que no tiene validez alguna cualquier estipulación verbal relativa a la relación laboral regulada en el presente contrato, por lo que todas las circunstancias, modificaciones, alteraciones y en general disposiciones que modifiquen lo inicialmente convenido, se harán constar por escrito, con aceptación de las partes y se adicionarán al presente documento.

DÉCIMA TERCERA: TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Las partes garantizan que cumplirán en su totalidad con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y cualquier otra norma que las desarrolle, complemente o modifique. De esta forma asegurarán que en el evento de entregar o suministrar a la otra parte cualquier dato personal, contarán con la autorización pertinente e informarán a su titular los usos que se le darán al mismo. También garantizan que en todo momento permitirán a los titulares de datos personales ejercer su derecho para consultar, solicitar su corrección, actualización o

CONSORCIO PITA 7

944

supresión, de acuerdo con los lineamientos consignados en sus Políticas de Protección de Datos Personales.
De esta forma, las Partes se abstendrán de comercializar cualquier dato personal o base de datos personales que la otra hubiere entregado en virtud del Contrato Laboral que los ata. Así las cosas, las Partes declaran que únicamente tratarán los datos personales que hayan sido recolectados de manera legítima y con observancia de las normas antes citadas, para cumplir con el objeto del Contrato. Una vez se haya finalizado el tratamiento de los datos personales recibidos por la otra Parte para la ejecución del Contrato, las partes se comprometen a regresar dichos datos y de no ser posible, procederán a la destrucción de los mismos.
El TRABAJADOR declara aceptar que la información relativa a **LA EMPRESA**, sus clientes y del negocio en general, bien sea de índole jurídico, comercial, financiero, administrativo u operativo, a la que como **EMPLEADO** de la empresa tenga acceso, es información que pertenece en su totalidad, tanto en su forma como en su contenido al **EMPLEADOR**, sus clientes y/o proveedores, según corresponda y tiene el carácter de confidencial. **El TRABAJADOR** reconoce y acepta que la información relativa a los clientes de la empresa contenida en la(s) base(s) de datos o archivos en medio digital o físico, a los que tenga acceso en desarrollo de las labores descritas y encomendadas en su contrato laboral, es de propiedad del **EMPLEADOR** y no podrá ser revelada, manipulada, comercializada ni ser utilizada por ningún medio, salvo la solicitud expresa y escrita de un organismo regulador o por un representante autorizado por la empresa. **El TRABAJADOR** declara que conoce que esta información no puede ser utilizada de manera personal o para beneficio propio o de terceros, con o sin fines de lucro. Por lo tanto se compromete a manejar de manera ética, profesional, prudente y diligente la información del empleador y la de sus clientes durante el tiempo que dure su vínculo laboral con la empresa y de manera indefina cuando este vínculo finalice, así como a estar dispuesto para la realización de revisiones e investigaciones cuando sea necesario a fin esclarecer cualquier situación, por lo cual el **EMPLEADOR** podrá ejercer las acciones que estime necesarias en términos legales, como pruebas y revisiones de seguridad, cuando se demuestre la falta a esta obligación sin considerar esta acción como una violación de sus garantías constitucionales. Así mismo, **El TRABAJADOR** declara conocer y entender la **POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN** de la empresa, entendiendo por ésta un compendio de buenas prácticas para el correcto uso y protección de la información. Se declara por parte del **EMPLEADOR** y el **TRABAJADOR** que las demás cláusulas del contrato de trabajo suscrito inicialmente y sus adicciones, continuarán vigentes.

Para constancia de todo lo anterior, se firma el presente documento en dos (2) ejemplares, uno de los cuales se entrega a **EL TRABAJADOR,** en este acto, en el Municipio de Medellín, el 08 de mayo de 2023.

RICARDO GUERRA BARRIENTOS
Representante Legal

Aris Ariel Chaverra V.
ARIS ARIEL CHAVERRA VALOYES
C.C. 11.806.985

Epp Seguridad Industrial S.A.S.

Certifica que:

Aris Ariel Chaverra Valoyes

C.C. 11806985

Empresa: CONSORCIO PITA 7 - Nit: 901646363 - Representate Legal: Ricardo Guerra Barrientos - ARL: Sura

En cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 cursó y aprobó el programa de formación

Reentrenamiento de Trabajo en Alturas

Intensidad 8 horas

Realizado en Medellín - Antioquia

Desde el día 02/05/2023 hasta el día 02/05/2023

El presente certificado se genera el día 03/05/2023 en Medellín - Antioquia

Rigoberto Pérez Meneses
Gerente General

Dígito de Verificación
99361

Certificado ICONTEC NTC 6072:2014 CS-CER603400 Emitido:2018-04-18 Vence:2024-04-17
Radicados de aprobación 08SE2018220000000013835 y 08SE2022220100000010566
Licencia en SST 60025601 de 2018 SSSA
Calle 55 N° 71A-149Tel:6048043Cel:321 718 0733
e-mail:gerencia@eppseguridadindustrial.com
www.eppseguridadindustrial.com

Wilmar Alexander López Atehortúa
Instructor
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
N°2021060092624

946

Epp Seguridad Industrial S.A.S.

Certifica que:

Aris Ariel Chaverra Valoyes

C.C. 11806985

Empresa: GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S - Nit: 901646363 - Representate Legal: Ricardo Guerra Barrientos - ARL: Sura

En cumplimiento a la resolución 0491 de 2020 cursó y aprobó la acción de formación

Trabajador Entrante en Espacios Confinados

Intensidad 16 horas

Realizado en Medellín - Antioquia

Desde el día 06/05/2023 hasta el día 07/05/2023

El presente certificado se genera el día 08/05/2023 en Medellín - Antioquia

Rigoberto Pérez Meneses
Gerente General

Yohany Alejandro Graciano Zapata
Entrenador
Licencia en SST
N°2018060228989 de 2018

Certificado ICONTEC NTC 6072:2014 CS-CER603400 Emitido:2018-04-18 Vence:2024-04-17
Radicados de aprobación 08SE2018220000000013835 y 08SE2022220100000010566
Licencia en SST 60025601 de 2018 SSSA
Calle 55 N° 71A-149Tel:6048043Cel:321 718 0733
e-mail:gerencia@eppseguridadindustrial.com
www.eppseguridadindustrial.com

Dígito de Verificación
99463

Certificado de capacitación y entrenamien

947

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.128.459.851
MARIN MEDINA
APELLIDOS
CAMILO ADOLFO
NOMBRES

Camilo Marin





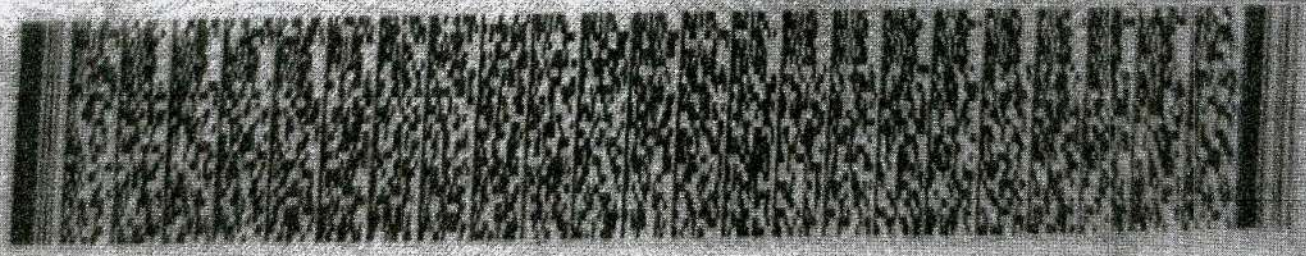
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1994
ITAGUI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-OCT-2012 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0100150-00427814-M-1128459851-20130309 0032527166A 1 3895486O

948

ARL | sura

Medellín, 22 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 CONSORCIO PITA 7, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL ANTIOQUIA, 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
C1128459851	MARIN MEDINA CAMILO ADOLFO	22/04/2023		157612e²	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:C4383679523112393l0

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 22/04/2023 10:55:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.184.148.242, 198.143.41.23, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6l_1085410**

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

Reingreso 1

Empleador	NI 901646363 CONSORCIO PITA 7
Afiliado	CC 1128459851 CAMILO ADOLFO MARIN MEDINA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,160,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CARRERA 76 # 3-36
Fecha de ingreso	22/04/2023
Fecha de radicación	22/04/2023 11:58:35 a.m.
Código de Transacción	156917922
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es05/2023

Fecha de generación 22/04/2023

L01

950

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 **CAMILO ADOLFO MARIN MEDINA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **1128459851**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1128459851
NOMBRES Y APELLIDOS	CAMILO ADOLFO MARIN MEDINA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	19/09/2013
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	190
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	28
EMPLEADOR(ES)	NI 901646363 CONSORCIO PITA 7 DESDE 22/04/2023

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **24/04/2023**

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

951

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CAMILO ADOLFO MARIN MEDINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.128.459.851**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 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.

952

Registro de afiliación individual

CONSORCIO PITA 7 | NIT 9016463631 | Envío exitoso No. 436259

Con este número podrás hacerle seguimiento a tu afiliación. Revisaremos esta información y, en un
hábiles, te informaremos el resultado.

Datos del trabajador

Información general

Documento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	G
CC 1128459851	CAMILO ADOLFO MARIN MEDINA	18/10/1994	M

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Teléfono fijo:	Correo electrór
Antioquia	Medellin	CR 76 # 3 - 36	3027558170		gestionhumana

Datos laborales

Tipo de contrato:	Tipo de salario:	Salario:	Horas contratadas al dia:	Horas contratadas al mes:	F
Fijo	Fijo	$1,160,000	8	240	2

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

GRUPO EMPRESARIAL
MACROSALUD IPS
Salud Y Seguridad a Su Servicio
NIT 900.978.555-8



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.101

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	04 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

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

CONSORCIO PITA 7	CONSORCIO PITA 7
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MARIN MEDINA CAMILO ADOLFO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28 AÑOS	CC	1128459851
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo			
AYUDANTE DE OBRA	EPS SURA	AFP PORVENIR	ARL SURA
	Estudios: SECUNDARIA		

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
VISIOMETRÍA	GLICEMIA EN AYUNAS
ESPIROMETRÍA	PERFIL LIPIDICO

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NORMAS DE AUTOCUIDADO YSEGURIDAD

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

Médico

Firma: Dra. Rocio Cortes Cortes

Nombre: CORTES CORTES CARMENZA DEL ROCIO

R. M.: 62298-01 L.S.O.:

Código de Seguridad
H50N1T30101

Aspirante o Trabajador

Firma: camilo marin

Nombre: MARIN MEDINA CAMILO ADOLFO

CC: 1128459851

954

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

GRUPO EMPRESARIAL
MACROSALUD IPS
Salud Y Seguridad a Su Servicio
NIT 900.978.555-8



Código de Seguridad
B50H57N30101

N° 30101

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	04 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO PITA 7	CONSORCIO PITA 7

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MARIN MEDINA CAMILO ADOLFO	MASCULINO	28 AÑOS 6 MESES 0 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1128459851

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO

RECOMENDACIONES HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

RECOMENDACIONES MEDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

Datos del Médico:



Profesional: CORTES CORTES CARMENZA DEL RO
R. M.: 62298-01 **L.S.O.:**
Especialidad:

Responsable del SG-SST:

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha:

Recibido por el trabajador o apirante:

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha:

CONSORCIO PITA 7

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

EMPLEADOR	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: GUINCO SAS - NIT N° 900.336.649-7	DOMICILIO: MEDELLÍN
NOMBRE E IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: RICARDO GUERRA BARRIENTOS C.C. N° 71.337.270	DIRECCIÓN: CARRERA 76 N° 3-36
TRABAJADOR	
NOMBRE Y APELLIDOS: CAMILO ADOLFO MARIN MEDINA C.C. N°: 1.128.459.851 DIRECCIÓN: CARRERA 83 # 41 SUR - 36 FECHA DE NACIMIENTO: 18 OCTUBRE 1994 CORREO ELECTRONICO: camilo.1194@hotmail.com CELULAR: 302 755 8170 SALUD: SURA PENSIÓN: PORVENIR NÚMERO DE CUENTA PAGO DE NOMINA:	
NACIONALIDAD: COLOMBIANO	PROFESIÓN U OFICIO: AYUDANTE DE OBRA
CONDICIONES ESPECIALES	
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR: MEDELLÍN	LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁN LAS LABORES: ALCANTARILLADO LA FLORIDA
CARGO QUE DESEMPEÑARÁ EL TRABAJADOR: AYUDANTE DE OBRA	REMUNERACIÓN: SALARIO MENSUAL: $ 1.160.000 AUXILIO DE TRANSPORTE MENSUAL: $ 140.606
PERIODOS DE PAGO: QUINCENAL	FECHA DE INICIO DE LABORES: 08 DE MAYO DE 2023
HORARIO LABORAL: LUNES A JUEVES: 7:00 AM – 5:00 PM VIERNES: 7:00 AM – 3:00 PM DESAYUNO: ALMUERZO: SABADOS: 7:00 – 12:00 M	PERIODO DE PRUEBA: 60 DIAS JORNADA LABORAL: 48 HORAS SEMANALES

Las partes identificadas plenamente al inicio del presente contrato, declaramos que hemos celebrado un contrato individual de trabajo el cual se rige por las siguientes cláusulas especiales y, en lo no previsto en ellas, por las normas generales del Código Sustantivo del Trabajo y las disposiciones complementarias de la legislación colombiana:

PRIMERA: OBLIGACIONES GENERALES DEL TRABAJADOR: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** y este (a) se obliga a poner a

CONSORCIO PITA 7

disposición de **EL EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo y eficiencia en el empleo u oficio contratado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones pertinentes, observando en su desempeño el cuidado y diligencia necesarios, de acuerdo con las características propias del oficio que desempeñará y las obligaciones que en el exige el Reglamento Interno de Trabajo de **EL EMPLEADOR.**

SEGUNDA: CARGO: EL EMPLEADOR contrata a **EL TRABAJADOR** para que desempeñe el cargo de **AYUDANTE DE OBRA**, labor esta, que se obliga a desarrollar en **ALCANTARILLADO LA FLORIDA,** sin embargo, **EL TRABAJADOR** acepta expresamente desde el mismo momento en que suscribe el presente contrato los traslados que **EL EMPLEADOR** le comunique, siempre que dichos traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración de **EL TRABAJADOR**, o impliquen perjuicios para ella. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por **EL EMPLEADOR** de conformidad con el artículo 57 numeral 8° del Código Sustantivo del Trabajo. **EL TRABAJADOR** se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida **EL EMPLEADOR** en desarrollo de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales de **EL TRABAJADOR** y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos de **EL TRABAJADOR**, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la ley 50 de 1990.

TERCERA: ACTIVIDADES PROPIAS DEL CARGO: se obliga a cumplir las funciones que se enumeran en el manual de funciones, que hace parte integral del presente contrato, las cuales incluyen las que le solicite su jefe inmediato, siempre y cuando no menoscaben su dignidad y tengan afinidad con su perfil.

CUARTA: JORNADA DE TRABAJO: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada ordinaria convenida en las horas señaladas por **EL EMPLEADOR** dentro de este contrato o dentro del Reglamento Interno de Trabajo, pudiendo este último hacer ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente, sin que dichos cambios afecten la estabilidad laboral de **EL TRABAJADOR.** Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, siempre que estas así lo dispongan, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la ley 50/90, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la respectiva jornada no se computan dentro de la misma, tal como lo determina el artículo 167 ibídem. Tampoco se computarán y por lo tanto no harán parte de la jornada laboral, los demás descansos adicionales que se determinen dentro del presente contrato o en el reglamento interno de trabajo, otorgados libremente por **EL EMPLEADOR** a sus trabajadores, pues los mismos, se otorgan a estos últimos para que libremente dispongan de ellos, para tomar o ingerir alimentos, bebidas, refrigerios, estiramientos, satisfacer necesidades personales o fisiológicas, entre otros, de tal manera, que durante los descansos concedidos no se presta el servicio ni mucho menos se está a disponibilidad de **EL EMPLEADOR**. De igual manera, **EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR,** acuerdan que la jornada semanal de **CUARENTA Y OCHO** horas, es la acordada por las partes, la cual se realizará mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en máximo seis días a la semana con un día de descanso obligatorio, que podrá coincidir con el domingo, en esta, el número de horas de trabajo diario podrá repartirse de manera variable durante la respectiva semana y podrá ser de mínimo cuatro (4) horas diarias continuas y hasta diez (10) horas diarias continuas sin lugar a ningún recargo por trabajo suplementario, cuando el número de horas de trabajo no exceda las

cuarenta y ocho (48) horas, literal "d" del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por la ley 789/2002 artículo 51.

PARÁGRAFO PRIMERO: EL EMPLEADOR y EL TRABAJADOR, acuerdan que, en el presente contrato, se determina como día de descanso obligatorio semanal, el día **DOMINGO,** razón por la cual **EL TRABAJADOR** no prestará el servicio en ese día; en caso tal de laborar el día domingo por orden o autorización de **EL EMPLEADOR**, este último cancelará su día de trabajo con el recargo ordenado por la Ley.

PARÁGRAFO SEGUNDO: EL EMPLEADOR y EL TRABAJADOR, acuerdan que en atención a que la jornada laboral que regula el vínculo contractual es una JORNADA FLEXIBLE, en aquellos eventos en que **EL TRABAJADOR** en razón de su cargo o por las necesidades del servicio que presta a **EL EMPLEADOR,** su día de descanso dominical obligatorio semanal deba ser modificado, dicha situación se hará efectiva por parte de **EL EMPLEADOR,** pero siempre respetando su derecho a su día de descanso obligatorio. De tal manera que, a partir de la suscripción del presente documento, **EL TRABAJADOR** acepta los cambios rotativos del día de descanso obligatorio que **EL EMPLEADOR** le indique.

PARAGRAFO TERCERO: EL TRABAJADOR se compromete a cumplir a cabalidad las políticas del protocolo de bio seguridad, el cual hace parte integral del presente contrato y exigidas por el gobierno nacional a raíz de la pandemia del virus covid 19. **EL TRABAJADOR** tiene claro que el no cumplimiento de este protocolo aun cuando sea por una primera vez, es justa causa para terminar el contrato laboral.

QUINTA: REMUNERACIÓN: EL EMPLEADOR pagará al **EL TRABAJADOR,** por la realización de sus funciones, una remuneración total, equivalente a **UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS M.L. ($1.160.000)** mensuales, entendiendo las partes por remuneración, la suma total de los factores salariales y no salariales percibidos por **EL TRABAJADOR,** en las oportunidades determinadas en el presente instrumento. Dentro del pago establecido a título de factor salarial (salario), se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos, la correspondiente a los días de descanso compensatorio que disfrute **EL TRABAJADOR** de que trata los capítulos I, II y III del título VII del C.S.T.

PARÁGRAFO PRIMERO: las partes acuerdan de manera expresa que los beneficios o auxilios que **EL TRABAJADOR,** reciba en forma adicional a su salario por parte de **EL EMPLEADOR** y que sean otorgados por este último de manera ocasional o por mera liberalidad, como puede ser auxilio e vida cara, auxilio de rodamiento, telecomunicaciones, alimentación, alojamiento; no constituyen factor salarial ni mucho menos factor de liquidación de acreencias laborales de acuerdo con el artículo 15 de la ley 50/90 y el artículo 128 del C.S.T, tales como: primas, bonificaciones o gratificaciones ocasionales, beneficios o auxilios habituales acordados expresamente por las partes bien sea convencional o contractualmente como no salariales ni en dinero ni en especie, participación de utilidades, lo que reciba en dinero o en especie no para su beneficio, ni para enriquecer su patrimonio, sino para desempeñar a cabalidad sus funciones, como gastos de representación, medios de transporte, elementos de trabajo y otros semejante. Tampoco las prestaciones sociales de que tratan los títulos VIII y IX del C.S.T, beneficios en especie, tales como alimentación, habitación o vestuario, tampoco auxilio de alimentación, auxilio de movilización, auxilio de comunicación, suministro de vivienda, seguros de vida, reconocimiento por gastos y sostenimiento de vehículo, bonificaciones por vacaciones o navidad, aguinaldo, auxilios para educación o cualquier otro pago extralegal que en cualquier momento durante la vigencia del contrato laboral conceda **EL EMPLEADOR**, pues los mismos no se generan ni cancelan como consecuencia de una

CONSORCIO PITA 7

retribución directa por el servicio prestado sino por la voluntad expresa de **EL EMPLEADOR** de incentivar el buen desarrollo de la actividad laboral de **EL TRABAJADOR** y así mismo mejorar la calidad de vida de este último y el de su familia. Así mismo, declara el **EMPELADOR** que el valor asignado a título de factor no constitutivo de salario en el presente contrato, no supera el límite del cuarenta porciento (40%) de la remuneración, del artículo 30 de la ley 1393 del 2010. Lo anterior acogiéndose al artículo 128 del Código Sustantivo de Trabajo y a la Sentencia del Consejo de Estado numero 201602496 (25185).

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las partes acuerdan de manera expresa que todos y cada uno de los pagos derivados de la relación laboral como son: salarios o cualquier otro pago proveniente de dicha relación podrán cancelarse de forma personal y directa a **EL TRABAJADOR,** o a través de consignación en cuenta corriente o de ahorros propiedad de **EL TRABAJADOR,** o por cualquier medio que garantice el ingreso de dichos pagos al patrimonio de **EL TRABAJADOR,** en ningún caso se le pagará a **EL TRABAJADOR** en cuenta bancaria que no éste a su nombre.

SEXTA: PERIODO DE PRUEBA Y TIPO DE CONTRATO: el presente contrato tiene periodo de prueba de 60 días y el tipo de contrato es por obra o labor contratada.

SÉPTIMA: DEDUCCIONES: Cuando por causa derivada directa o indirectamente de la relación contractual consten obligaciones económicas a cargo de **EL TRABAJADOR** y a favor de **EL EMPLEADOR,** éste último podrá efectuar las deducciones o retenciones a que hubiere lugar en cualquier momento y especialmente al tiempo de dar por terminado el presente contrato de trabajo de cada una de las prestaciones sociales, salarios y eventuales indemnizaciones, pues así lo autoriza de manera inmediata **EL TRABAJADOR,** entendiendo expresamente cada una de las partes que dicha autorización cumple las condiciones de orden escrita y previa, aplicable a cada caso.

OCTAVA: CONFIDENCIALIDAD: El empleado acepta que la información confidencial a cuyo conocimiento acceda o que genere con motivo de su relación laboral con **EL EMPLEADOR** forma parte del patrimonio de ésta, de la cual es depositario de secreto, asimismo, entiende que por la especialidad de la información a la que tendrá acceso en el desempeño de sus tareas, en principio debe considerar secreta por cualquier vía a la que acceda o genere en el curso de su relación con **EL EMPLEADOR**, particularmente, se obliga a guardar secreto de toda aquella información que se refiera directa o indirectamente al desarrollo de sus funciones, a su método de trabajo, a los negocios, a la organización interna del **EMPLEADOR** o de los clientes, proveedores de la misma o de los terceros que le comunicaron secretos en general.

Entre **EL EMPLEADOR** y **EL (LA) TRABAJADOR (A)**, acuerdan que debido y atendiendo a las responsabilidades, funciones y obligaciones propias de su cargo y entendiendo que el mismo tiene acceso, conocimiento y manejo de información confidencial de **EL EMPLEADOR, EL TRABAJADOR** se obliga a: (i) no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comercializar, comunicar, utilizar y/o emplear la Información Confidencial con persona natural ó jurídica, en su favor ó en el de terceros, (ii) proteger la Información comercial, las bases de datos, los diseños; que les sea suministrada y a la que tenga acceso, de tal manera que se evite su divulgación no autorizada, ejerciendo sobre ésta el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger la información reservada de su propiedad, (iii) no usar la Información Confidencial para propósitos distintos, y (vi) a no usar la Información Confidencial de modo que pueda ser bajo cualquier manera perjudicial para **EL EMPLEADOR**. La obligación señalada en la presente cláusula, implica todo tipo de información que reciba, desarrolle, conozca **EL TRABAJADOR** directa o indirectamente de **EL EMPLEADOR**, que les sea suministrada para el desarrollo de su labor o recibida

CONSORCIO PITA 7

de forma accidental. Incluye también información referida a las instalaciones, métodos, procedimientos y personas con las cuales tenga contacto y que tengan cualquier tipo de vínculo con EL **EMPLEADOR**.

PARÁGRAFO PRIMERO: **EL TRABAJADOR** se compromete y garantiza que no violará la presente cláusula de confidencialidad, **EL TRABAJADOR** entiende que la violación de esta condición es una causal de terminación del contrato de trabajo con justa causa.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Si por cualquier evento o circunstancia cesara la relación laboral, el empleado se obliga a devolver toda la documentación, publicación, material y/o antecedente sustentado en cualquier tipo de soporte que constituya información confidencial o secreta.

PARÁGRAFO TERCERO: Sin perjuicio de lo anterior, si la violación a la presente cláusula le causa graves perjuicios a **EL EMPLEADOR** esta podrá entablar las acciones legales civiles y/o penales correspondientes.

NOVENA: **POLÍTICA DE DAÑOS: EL EMPLEADOR** amparado en la Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, radicado 48585 del 10/03/17, implementa como política el cobro de los daños realizados con ocasión al descuido, negligencia, imprudencia, (culpa o dolo), de **EL TRABAJADOR** por más leve que sea, el cual genere y cause daños, perjuicios y pérdidas en las instalaciones, maquinarias, material, equipos, mercancías, dineros, documentos, archivos, materias primas y demás de propiedad de **EL EMPLEADOR,** éste queda facultado y autorizado por parte de **EL TRABAJADOR** para efectuar las deducciones necesarias de sus salarios, prestaciones sociales y/o eventuales indemnizaciones hasta el valor equivalente y que cubra íntegramente el valor de los daños y/o pérdidas, protegiendo siempre el salario mínimo legal y la parte declarada inembargable, y mediante la diligencia y firma de los debidos formatos.

DÉCIMA: **CAUSALES DE TERMINACIÓN DE CONTRATO CON JUSTA CAUSA:** las causales de terminación del presente contrato se determinarán según lo establecido en el artículo 61, 62 y 63 del Código Sustantivo del Trabajo, además de las definidas en la escala de faltas y sanciones del Reglamento Interno de Trabajo.

DÉCIMA PRIMERA: **INCORPORACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO:** el Reglamento Interno de Trabajo, se entiende incorporado y adicionado al presente contrato, respecto del cual **EL TRABAJADOR** expresamente declara y manifiesta conocerlo en su totalidad.

DÉCIMA SEGUNDA: **EFECTOS:** Este contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno, cualquiera otro verbal o escrito, celebrado entre las partes con anterioridad, sobre el mismo objeto. Declaran cada una de las partes, que no tiene validez alguna cualquier estipulación verbal relativa a la relación laboral regulada en el presente contrato, por lo que todas las circunstancias, modificaciones, alteraciones y en general disposiciones que modifiquen lo inicialmente convenido, se harán constar por escrito, con aceptación de las partes y se adicionarán al presente documento.

DÉCIMA TERCERA: **TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Las partes garantizan que cumplirán en su totalidad con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y cualquier otra norma que las desarrolle, complemente o modifique. De esta forma asegurarán que en el evento de entregar o suministrar a la otra parte cualquier dato personal, contarán con la autorización pertinente e informarán a su titular los usos que se le darán al mismo. También garantizan que en todo momento permitirán a los titulares de datos personales ejercer su derecho para consultar, solicitar su corrección, actualización o supresión, de acuerdo con los lineamientos consignados en sus Políticas de Protección de Datos Personales.

960

CONSORCIO PITA 7

De esta forma, las Partes se abstendrán de comercializar cualquier dato personal o base de datos personales que la otra hubiere entregado en virtud del Contrato Laboral que los ata. Así las cosas, las Partes declaran que únicamente tratarán los datos personales que hayan sido recolectados de manera legítima y con observancia de las normas antes citadas, para cumplir con el objeto del Contrato. Una vez se haya finalizado el tratamiento de los datos personales recibidos por la otra Parte para la ejecución del Contrato, las partes se comprometen a regresar dichos datos y de no ser posible, procederán a la destrucción de los mismos.

El TRABAJADOR declara aceptar que la información relativa a **LA EMPRESA**, sus clientes y del negocio en general, bien sea de índole jurídico, comercial, financiero, administrativo u operativo, a la que como **EMPLEADO** de la empresa tenga acceso, es información que pertenece en su totalidad, tanto en su forma como en su contenido al **EMPLEADOR**, sus clientes y/o proveedores, según corresponda y tiene el carácter de confidencial. **El TRABAJADOR** reconoce y acepta que la información relativa a los clientes de la empresa contenida en la(s) base(s) de datos o archivos en medio digital o físico, a los que tenga acceso en desarrollo de las labores descritas y encomendadas en su contrato laboral, es de propiedad del **EMPLEADOR** y no podrá ser revelada, manipulada, comercializada ni ser utilizada por ningún medio, salvo la solicitud expresa y escrita de un organismo regulador o por un representante autorizado por la empresa. **El TRABAJADOR** declara que conoce que esta información no puede ser utilizada de manera personal o para beneficio propio o de terceros, con o sin fines de lucro. Por lo tanto se compromete a manejar de manera ética, profesional, prudente y diligente la información del empleador y la de sus clientes durante el tiempo que dure su vínculo laboral con la empresa y de manera indefina cuando este vínculo finalice, así como a estar dispuesto para la realización de revisiones e investigaciones cuando sea necesario a fin esclarecer cualquier situación, por lo cual el **EMPLEADOR** podrá ejercer las acciones que estime necesarias en términos legales, como pruebas y revisiones de seguridad, cuando se demuestre la falta a esta obligación sin considerar esta acción como una violación de sus garantías constitucionales. Así mismo, **El TRABAJADOR** declara conocer y entender la **POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN** de la empresa, entendiendo por ésta un compendio de buenas prácticas para el correcto uso y protección de la información. Se declara por parte del **EMPLEADOR** y el **TRABAJADOR** que las demás cláusulas del contrato de trabajo suscrito inicialmente y sus adicciones, continuarán vigentes.

Para constancia de todo lo anterior, se firma el presente documento en dos (2) ejemplares, uno de los cuales se entrega a **EL TRABAJADOR,** en este acto, en el Municipio de Medellín, el 08 de mayo de 2023.

RICARDO GUERRA BARRIENTOS
Representante Legal

Camilo Marin

CAMILO ADOLFO MARIN MEDINA
C.C. 1.128.459.851

961

minerva
10-03

LA ORIGINAL

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 01 | 04 | 2023 — Empleo o cargo al que aspira: Guarda de Seguridad

I. INFORMACIÓN GENERAL
(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT

Apellido(s) del aspirante: Merlin Mejia — Nombre(s) del aspirante: Camilo Adolfo



Fecha de nacimiento: 18 | 10 | 1994 — Lugar de nacimiento: Medellin

Dirección domicilio / Barrio: Cr 83 #44Sur36 int 407 — Ciudad: medellin

Teléfono: — N° Celular: 302 755 8170

Correo electrónico: camilo1194@hotmail.com — Nacionalidad: colombiano

Profesión, ocupación u oficio: Guarda de Seguridad — (*) Estado civil: soltero — Años de experiencia laboral: 6 AÑOS

DOCUMENTACIÓN
(*) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: X — No. 1128459865 — (*) Libreta militar No. 1128459865 — Primera clase:
Extranjería: — Expedida en: medellin — Distrito No. 24 — Segunda clase: X
Tarjeta profesional No. — ¿Tiene vehículo? Si: No: — Licencia de conducción No. — Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia, habilidades que lo caracterizan en su vida laboral

Soy Bachiller con experiencia de 6 AÑOS en seguridad una persona muy ACTIVA RESPONSABLE PUNTUAL y HONESTA

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si: No: X — ¿En qué empresa? — Empleado: Independiente: — Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? Si: No: X — ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si: No: X — Fecha: D M A — ¿Conoce a alguien de esta empresa? Si: No: X — Nombre — Dependencia

¿Tiene parientes que trabajen en esta empresa? Si: No: X — Nombre — Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio: Amigo: Redes Sociales: Por medio de agencia: X Otro: ¿Cuál?

¿Actualmente tiene casa propia o alquilada? Si: No: X — Vive en casa: ¿Familiar? X ¿Propia? ¿Arrendada? — Nombre del arrendador — Teléfono — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si: No: X — Describalo e indique su valor mensual — ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $700.000

¿Por qué conceptos? — ¿Cuánto es su aspiración salarial? $ SMLV

¿Cuál es su principal afición? FUTBOL — ¿Practica algún deporte? Si: No: X — ¿Cuál(es)?

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si: No: X ¿Cuál(es)?

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones.

997419999

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

No. de personas que dependen económicamente de usted: 2	Parentesco	Edades
	Abuela y hija	82 - 9 años

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Marta Lucia Medina	Ama de casa	579-10-75

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Sofia medina	Estudiante	579 10 -75

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	MES TERMINO	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2005	5°	Primaria	U. cooperativa de colombia	medellin
Bachillerato Académico / Técnico / Comercial / Otro	2011	11°	Bachiller	Alfonso Lopez	medellin
Educación Superior Técnico / Tecnológico / Profesional					
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	

¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Si ☐ No ☒			

Nombre de la institución	Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio: R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)

Sistemas: Si ☐ No ☐ ¿Qué programas maneja?	1	R B MB	3	R B MB
	2	R B MB	4	R B MB

Idiomas: Si ☐ No ☐ ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
	1	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB
	2	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ULTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Sinal Ltda	Smlv	cll 42 sur #67A27	376 77 85

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda de seguridad	Porteria	18 02 2014	20 07 2020	$ Smlv	$ Smlv

Funciones realizadas: Control de Acceso de personas y vehiculos

Nombre de su jefe inmediato	Cargo
JHON FERNANDO Zenago	Administrador

Logros obtenidos: No tener experiencia laboral

Tipo de contrato: Indefinido ☐ Fijo ☐ ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐	Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☒	1/2 Tiempo ☐	Por Horas ☐	Jornada: Diurna ☐	Nocturna ☐	Otra jornada ☐

Motivo del retiro: Liquidacion de empresa

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Aluminel	Sm LV	S. Antonio de Prado	321 785 02 47

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Aux cargue y descargue	Transporte	15 / 03 / 11	30 / 01 / 13	$ SmLV	$ SmLV

Funciones realizadas

cargue y descargue de mercancia

Nombre de su jefe inmediato: Jhon Posada — Cargo: Jefe de Area

Logros obtenidos

Nueva experiencia laboral

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? — Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál? — Fijo ☐ — Contrato por medio de agencia ☐

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
		d / m / a	d / m / a	$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato — Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? — Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál? — Fijo ☐ — Contrato por medio de agencia ☐

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombres	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Mary Luz Polgarin	Ama de casa	Cr 83 # 41 Sur 76	300 598 5049
2.	Jhon Penagos	Administrador	Cl 42 Sur 67A 87	313 797 6816

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombres	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Maria Medina	Ama de casa	S. Antonio de Prado	579-10-75
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir 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 Num. 1°) Regimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

Camilo Marin

C.C 1128459851

Epp Seguridad Industrial S.A.S.

Certifica que:

Camilo Adolfo Marín Medina

C.C. 1128459851

Empresa: CONSORCIO PITA 7 - Nit: 901646363 - Representate Legal: Ricardo Guerra Barrientos - ARL: Sura
En cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 aprobó la acción de formación

Trabajador Autorizado para trabajo en alturas

Intensidad 32 horas
Realizado en Medellín - Antioquia

Desde el día 27/04/2023 hasta el día 30/04/2023

El presente certificado se genera el día 02/05/2023 en Medellín - Antioquia

Rigoberto Pérez Meneses
Gerente General

Dígito de Verificación
99003

Certificado ICONTEC NTC 6072:2014 CS-CER603400 Emitido:2018-04-18 Vence:2024-04-17
Radicados de aprobación 08SE2018220000000013835 y 08SE2022220100000010566
Licencia en SST 60025601 de 2018 SSSA
Calle 55 N° 71A-149Tel:6048043Cel:321 718 0733
e-mail:gerencia@eppseguridadindustrial.com
www.eppseguridadindustrial.com

Juan Carlos Guerra Garcia
Entrenador
Licencia en SST
N°90141 del 2013

965

Epp Seguridad Industrial S.A.S.

Certifica que:

Camilo Adolfo Marín Medina

C.C. 1128459851

En cumplimiento a la resolución 0491 de 2020 cursó y aprobó la acción de formación

Trabajador Entrante en Espacios Confinados

Intensidad 16 horas
Realizado en Medellín - Antioquia

Desde el día 03/05/2023 hasta el día 04/05/2023

El presente certificado se genera el día 04/05/2023 en Medellín - Antioquia

Rigoberto Pérez Meneses
Gerente General

Yira Alejandra Paniagua Bustamante
Entrenadora
Licencia en SST
N°S2019060044745 de 2019

Dígito de Verificación
99465

Certificado ICONTEC NTC 6072:2014 CS-CER603400 Emitido:2018-04-18 Vence:2024-04-17
Radicados de aprobación 08SE2018220000000013835 y 08SE2022220100000010566
Licencia en SST 60025601 de 2018 SSSA
Calle 55 N° 71A-149Tel:6048043Cel:321 718 0733
e-mail:gerencia@eppseguridadindustrial.com
www.eppseguridadindustrial.com

Certificado de capacitación y entrenam

960



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6123221

COL

PARRA LEIVA
APELLIDOS

EDUARDO ENRIQUE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

21233852
DNI Nro.

05-07-1988
FECHA DE NACIMIENTO

02-02-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA



E0982025

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

IPCOL6123221<<3<<<<<<<<<<<<<<<
8807054M3105308VENE0982025<<<6
PARRA<LEIVA<<EDUARDO<ENRIQUE<<

967

SuAporte I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-09, 09:09:46 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 62433572

Periodo Cotización: marzo de 2023 **Periodo Servicio:** abril de 2023

PAGADO 09/04/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS CARLOS RAMOS SOTO		
Documento	NI8674012	**Dirección**	cl59b no 68-67 int 202
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4665716
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BELLO	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	RAMOS SOTO LUIS CARLOS	**Identificación**	CC 8674012
Total Afiliados	11	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Min Educ	Total
CC 1003084359	SEBASTIAN ANDRES LOPEZ ESPINOZA	01	00																0	30	30	30	(23301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 1.160.000	$ 46.400	0,580	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1033101152	FERNEL PEREIRA BENITEZ	01	00	X															0	4	4	4	(23301) PROTECCION	$ 154.667	$ 24.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 154.667	$ 6.200	0,580	$ 154.667	$ 10.800	(CCF04) COMFAMA	$ 154.667	$ 6.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 48.000
CC 1023693263	EDWIN STIVEN HERNANDEZ OSORIO	01	00	X	X														0	9	9	9	(23301) PORVENIR	$ 348.000	$ 55.700	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 348.000	$ 14.000	0,580	$ 348.000	$ 24.300	(CCF04) COMFAMA	$ 348.000	$ 14.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 108.000
CC 1036953951	JOHN DEIBY MEDINA ROMAN	01	00																0	30	30	30	(23301) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS010) EPS SURA	$ 1.160.000	$ 46.400	0,580	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1063719527	RAFAEL SANTOS MORELO FUENTES	01	00																0	30	30	30	(23301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	0,580	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1128118008	MANUEL SALVADOR MENESES ALVAREZ	01	00																0	30	30	30	(23601) COLFONDOS	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	0,580	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 15530261	HECIBERTO ANTONIO VALENCIA OSPINA	01	00																0	30	30	30	(23301) PORVENIR	$ 1.400.000	$ 224.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.400.000	$ 56.000	0,580	$ 1.400.000	$ 97.500	(CCF04) COMFAMA	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 433.500
CC 71748149	LEONARDO RUEDA DAVID	01	00	X															0	30	30	30	(23301) PORVENIR	$ 1.400.000	$ 224.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.400.000	$ 56.000	0,580	$ 1.400.000	$ 97.500	(CCF04) COMFAMA	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 433.500
CC 98539039	NELSON ENRIQUE SUAREZ	01	00	X															0	6	6	6	(25114) COLPENSIONES	$ 309.334	$ 49.500	(EPS010) EPS SURA	$ 309.334	$ 12.400	0,580	$ 309.334	$ 21.600	(CCF04) COMFAMA	$ 309.334	$ 12.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 95.900
PT 21220832	EDUARDO ENRIQUE PARRA LENA	01	00	X															0	15	15	15	(23301) PORVENIR	$ 580.000	$ 92.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 580.000	$ 23.200	0,580	$ 580.000	$ 40.450	(CCF04) COMFAMA	$ 580.000	$ 23.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.650
PT 3724014	CESAR VARGAS SOLARTE	01	00	X															0	16	16	16	(23301) PORVENIR	$ 618.667	$ 99.000	(CCFC50) EPS S COMFAMENTE	$ 618.667	$ 24.800	0,580	$ 618.667	$ 43.100	(CCF04) COMFAMA	$ 618.667	$ 24.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 191.700

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 9.450.668	$ 9.450.668	$ 9.450.668	$ 9.450.668	$ 1.512.200	$ 378.200	$ 659.400	$ 378.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.927.000	$ 18.600	$ 2.945.600

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.

967

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
Certificado de aptitud: 21223852-1249379

Fecha Cierre: 7/01/2023 12:02:49 p. m.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	07 ene. 2023 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	EDUARDO ENRIQUE PARRA LEIVA	**Identificación:**	21223852
Género	MASCULINO **Edad:** 34	**Teléfono**	**Móvil:** 3022948362
Fecha Nacimiento:	5/07/1988	**Cargo:**	AYUDANTE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NO REPORTA
Dirección	BARRIO ACEVEDO	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO -	**Peso: 80 Talla: 173 IMC: 27**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	ANORMAL UNILATERAL, NO COMPROMISO FRECUENCIAS CONVERSACIONALES	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		CREAR Y/O MANTENER HÁBITOS SALUDABLES. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
TRIGLICERIDOS	NORMAL	
COLESTEROL TOTAL	NORMAL	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
ESQUEMA VACUNACION COVID-19	COMPLETO	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	SIN RIESGO	
ANEXO ALTURAS	CUMPLE	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

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

OTORRINOLARINGOLOGIA	VALORACION

969

NO FIRMA

JOSE FERNANDO ALVAREZ MERCADO

Médico Especialista en Salud Laboral LIC. S 20150298244 REG. 70 615

EDUARDO ENRIQUE PARRA LEIVA 21223852

Firma y cédula del Paciente

920

HOJA DE VIDA

DATOS PERSONALES

NOMBRE	EDUARDO ENRIQUE PARRA LEIVA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**6123221** de Venezuela
FECHA DE NACIMIENTO	05 de julio de 1988
LUGAR DE NACIMIENTO	Venezuela
ESTADO CIVIL	soltero
DIRECCIÓN	acevedo
TELÉFONO	3022948362
CARGO	**oficial** de construccion

EXPERIENCIA LABORAL

INDEGAS **S.A.S**
CARGO: OFICIAL
TIEMPO: 6 meses

CONSTRUEXITO S.A.S
CARGO: ayudante
TIEMPO: 4 meses

REFERENCIAS PERSONALES

rodrigo hoyos
TELÉFONO: 3122435566

EDUARDO PARRA LEIVA
p.t. 6123221 de venezuela

CONTRATO DE TRABAJO PARA UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

Entre LUIS CARLOS RAMOS Mayor de edad y vecino de BARRANQUILLA , con cédula número 8.674.012 quien obra en representación propia y que se denominara el empleador para los efectos de este eduardo parra con el cédula 6123221 de venezuela quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la 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 de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas pares convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 26/4/23 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 1160000 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia 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. 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 solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran 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 sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan 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 las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 26/4/23 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

LUIS CARLOS RAMOS
CC 8674012

eduardo parra
cédula 6123221

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT 811.009.732-6

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

EDUARDO ENRIQUE PARRA LEIVA

D.I 6123221

Empresa: LUIS CARLOS RAMOS SOTO
Representante Legal: LUIS CARLOS RAMOS SOTO

NIT: 8674012
ARL: POSITIVA

Realizó en la ciudad de Medellín, con una intensidad de **32** horas:

TRABAJADOR AUTORIZADO. Res 4272/2021

Fecha capacitación: Medellín, 24 de Abril 2023 **Fecha expedición:** Medellín, 27 de Abril 2023

Ministerio de Trabajo - Radicado 08SE2019220000000050143
Organismo Certificador ICONTEC - CS CER720759

Luis Fernando Valencia Toro
Representante Legal

Entrenador: Luis Fernando Valencia Toro
Licencia: 2019060434128

CÓDIGO: 12837

CALLE 47 (BOMBONÁ) # 40-24 MEDELLÍN
6044482122 - 3104614215 - 3044467727

WWW.COOAPPYME.COM

974





Epp Seguridad Industrial S.A.S.

Certifica que:

Eduardo Enrique Parra Leiva

P.P.T. 6123221

Empresa: - Nit: - Representate Legal: - ARL: Positiva

En cumplimiento a la resolución 0491 de 2020 cursó y aprobó la acción de formación

Trabajador Entrante en Espacios Confinados

Intensidad 16 horas

Realizado en Medellín - Antioquia

Desde el día 06/05/2023 hasta el día 07/05/2023

El presente certificado se genera el día 08/05/2023 en Medellín - Antioquia

Rigoberto Pérez Meneses
Gerente General

Yohany Alejandro Graciano Zapata
Entrenador
Licencia en SST
N°2018060228989 de 2018

Dígito de Verificación
99509

Certificado ICONTEC NTC 6072:2014 CS-CER603400 Emitido:2018-04-18 Vence:2024-04-17
Radicados de aprobación 08SE2018220000000013835 y 08SE2022220100000010566
Licencia en SST 60025601 de 2018 SSSA
Calle 55 N° 71A-149Tel:6048043Cel:321 718 0733
e-mail:gerencia@eppseguridadindustrial.com
www.eppseguridadindustrial.com

eppseguridadindustrial.com

Certificado de capacitación y entrenamiento