

992

Cód. FO-ADQU-273	Formato FO-ADQU Informe Parcial y/o Final de Interventoría de Obra Pública	 Alcaldía de Medellín
Versión. 5		

Anexo 3.3-12: Anexo 8 Perfil sociodemográfico

993

ANEXO 8.

PERFIL

SOCIODEMOGRÁFICO

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		Código: F-SST-044
			Versión: 001
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO		Fecha: 03/03/2023
			Página: 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	Diana Carolina Aguado		
Cedula	1020397431	Cargo	Residente / SST
Dirección	Cl 104B N 94A	Teléfono	3006631994
Area de trabajo	Administrativa ☒ Operativa ☐	Fecha	20-06-2023
1. EDAD		2. ESTADO CIVIL	
a. 18 - 27 años b. 28 - 37 años ☒ c. 38 - 47 años c. 48 años o mas		☒ a. Soltero (a) b. Casado (a) c. Unión libre d. Separado (a) /Divorciado e. Viudo (a)	
3. GÉNERO		4. COMPOSICIÓN FAMILIAR	
a. Masculino ☒ b. Femenino		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		6. TENENCIA DE VIVIENDA	
a. Ninguna ☒ b. 1 a 3 Personas c. 4 a 6 Personas d. Mas de 6 personas Numero de hijos _____		a. Propia ☒ b. Arrendada c. Familiar d. Compartida con otra(s) familia(s)	
5. NIVEL DE ESCOLARIDAD		8. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)	
a. Primaria completa c. Secundaria completa ☒ d. Técnico ☒ e. Tecnólogo d. Universitario e. Especialista / Maestro		b. Primaria incompleta d. Secundaria incompleta 1. 2. ☒ 3. 4. 5.	
9. USO DEL TIEMPO LIBRE		10. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	
a. Otro trabajo b. Labores domésticas ☒ c. Recreación y deporte d. Estudio e. Otro		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		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		☒ 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 CUAL: _____		☐ 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 Mes Año 31 5 1996	
21. RAZA		22. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	
☐ a. Blanco ☐ b. Afrodescendiente ☒ c. Mestizo ☐ d. Indígena ☐ e. Mulato		EPS <u>Sora</u> AFP <u>Polveiniv</u> ARL <u>Sora</u> Caja de compensación <u>comfama</u>	
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS			
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento: <u>27-10-2023</u>			
Centro de entrenamiento: <u>Sena</u>			
Nivel: avanzado ☐ Basico ☐ Coordinador ☒			
24. TURNO DE TRABAJO		25. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
☒ a. Diurno ☐ b. Nocturno ☐ c. Mixto		Nombre: <u>Jeronica Aguila</u> Telefono: <u>3006631999</u>	

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
		Versión: 002
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Página: 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	NUBIA CERRA		
Cedula	43718757	Cargo	Auxiliar
Dirección	SANTO DOMINGO CARPINEROS	Teléfono	301 2711078
Area de trabajo	Administrativa ☐ Operativa ☒	Fecha	06/06/23
1. EDAD		2. FECHA DE NACIMIENTO	
a. 18 - 27 años b. 28 - 37 años ☒ c. 38 - 47 años c. 48 años o mas		Día 13 Mes 04 Año 1977	
3. TIPO DE SANGRE		4. RAZA	
☒ Positivo ☐ Negativo A Positivo A Negativo B Positivo B Negativo AB Positivo AB Negativo		a. Blanco b. Afrodescendiente ☒ Mestizo d. Indígena e. Mulato	
5. ESTADO CIVIL		6. GÉNERO	
☒ Soltero (a) b. Casado (a) c. Unión libre d. Separado (a) /Divorciado e. Viudo (a)		a. Masculino ☒ b. Femenino	
7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO		8. COMPOSICIÓN FAMILIAR	
a. Ninguna c. 1 a 3 Personas ☒ d. 4 a 6 Personas d. Mas de 6 personas		a. Ninguno b. Conyugue c. Conyugue- hijos d. Conyugue - hijos - padres	
Numero de hijos 7		e. Padres f. Padres - hermanos ☒ g. Hijos h. Otros	
9. NIVEL DE ESCOLARIDAD		10. TENENCIA DE VIVIENDA	
a. Primaria completa ☒ b. Primaria incompleta c. Secundaria completa d. Secundaria incompleta c. Técnico d. Tecnólogo d. Universitario e. Especialista / Maestro		☒ 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. Terminó 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 CUAL: _____
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 <u>salvo rial</u> AFP <u>Desuena</u> ARL <u>SURA</u> Caja de compensación <u>Comfama</u>	Nombre: <u>Leidy Rengas</u> Telefono: <u>3023146059</u>
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
		Versión: 002
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Fecha: 03/03/2023
		Página: 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 Rodriguez Gonzalez		
Cedula	1152714133	Cargo	Ayudante
Dirección	Cra 119 # 143 AAO1	Teléfono	3172466730
Area de trabajo	Administrativa ☐ Operativa ☒	Fecha	16-06-2023

1. EDAD

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

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día 31 Mes 10 Año 1998

3. TIPO DE SANGRE

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

4. RAZA

- ☒ a. Blanco
☐ b. Afrodescendiente
☐ c. Mestizo
☐ d. Indígena
☐ 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
☐ e. Técnico
☐ d. Tecnólogo
☐ 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.	a) Diurno
2.	b. Nocturno
3.	c. Mixto
4.	
5.	
13. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	
a. Mínimo Legal (S.M.L.)	14. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
b. Entre 1 a 3 S.M.L.	a. Menos de 1 año
c. Entre 4 a 5 S.M.L.	b. De 1 a 5 años
d. Entre 5 y 6 S.M.L.	c. De 5 a 10 años
e. Mas de 7 S.M.L.	d. Mas de 10 años
15. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL	
a. Menos de 1 año	16. TIPO DE CONTRATACIÓN
b. De 1 a 5 años	a. Obra o Labor
c. De 5 a 10 años	b. Termino Fijo
d. Mas de 10 años	c. Indefinido
	d. Aprendiz
	e. Prestación de servicios
17. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA	
a. Vacunación	18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
b. Exámenes de Ingreso	a. Si
c. Exámenes periódicos	b. No
d. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo	CUAL: _____
e. Ninguna	
19. FUMA	
a. Nunca	20. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
b. Diario	a. Nunca
c. Semanal	b. Diario
d. Quincenal	c. Semanal
e. Mensual	d. Quincenal
f. Ocasional	e. Mensual
	f. Ocasional
21. CON QUE FRECUENCIA REALIZA EJERCICIO	
a. Nunca	22. USO DEL TIEMPO LIBRE
b. Diario	a. Otro trabajo
c. Semanal	b. Labores domésticas
d. Quincenal	c. Recreación y deporte
e. Mensual	d. Estudio
f. Ocasional	e. Otro
23. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	
24. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
EPS	Nombre: <u>Marela Lopez</u>
AFP	Telefono: <u>320 572 5960</u>
ARL	
Caja de compensación	
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizo el curso o reentrenamiento: <u>NO</u>	
Centro de entrenamiento: <u>NO</u>	
Nivel: avanzado _____ Basico _____ Coordinador _____	



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN
EL TRABAJO

Código: F-SST-044

Versión: 001

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Fecha: 03/03/2023

Página: 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: Feliza Contreras Padilla
Cedula: 1.232.589.188 Cargo: Auxiliar de Transporte
Dirección: CH 53 Pasa #28 Int. 508 Teléfono: 313 564 5520
Area de trabajo: Administrativa ☐ Operativa ☒ Fecha: 26-06-23

1. EDAD

- a. 18 - 27 años
b. 28 - 37 años
c. 38 - 47 años
☒ d. 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
b. Conyugue
c. Conyugue - hijos
d. Padres
e. Padres - hermanos
f. Hijos
g. Otros

5. 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 _____

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
☒ e. Técnico
f. Tecnólogo
g. Universitario
h. Especialista / Maestro

8. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)

1.
2.
3. Candelaria
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) Terminó 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 CUAL: _____	☒ 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	21 / Noviembre / 1969. Día Mes Año
21. RAZA	22. AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL
☒ a) Blanco ☐ b) Afrodescendiente ☐ c) Mestizo ☐ d) Indígena ☐ e) Mulato	EPS Nueva EPS AFP Colpensiones ARL SUPA Caja de compensación Comfama
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizó el curso o reentrenamiento: _____	
Centro de entrenamiento: _____	
Nivel: avanzado _____ Básico _____ Coordinador _____	
24. TURNO DE TRABAJO	25. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA
☒ a) Diurno ☐ b) Nocturno ☐ c) Mixto	Nombre: David J. Contreras Madrid Telefono: 312-3562089 (Hijo)

498

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: F-SST-044
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Versión: 002
		Fecha: 03/03/2023
		Página: 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		JOSÉ RIVERA	
Cedula	1000643733	Cargo	ALX VIAL
Dirección	San Antonio de Párr / V. el Salado	Teléfono	3044375427
Area de trabajo	Administrativa ☐ Operativa ☒	Fecha	06/06/23
1. EDAD		2. FECHA DE NACIMIENTO	
a. 18 - 27 años ☒ 28 - 37 años c. 38 - 47 años c. 48 años o mas		Día 29 Mes 10 Año 1995	
3. TIPO DE SANGRE		4. RAZA	
☒ Positivo ☐ Negativo A Positivo A Negativo B Positivo B Negativo AB Positivo AB Negativo		a. Blanco b. Afrodescendiente ☒ Mestizo d. Indígena e. Mulato	
5. ESTADO CIVIL		6. GÉNERO	
☒ Soltero (a) b. Casado (a) c. Unión libre d. Separado (a) /Divorciado e. Viudo (a)		a. Masculino ☒ Femenino	
7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO		8. COMPOSICIÓN FAMILIAR	
a. Ninguna ☒ 1 a 3 Personas c. 4 a 6 Personas d. Mas de 6 personas Numero de hijos _____		a. Ninguno b. Conyugue c. Conyugue- hijos d. Conyugue - hijos - padres ☒ Padres f. Padres - hermanos ☒ Hijos h. Otros	
9. NIVEL DE ESCOLARIDAD		10. TENENCIA DE VIVIENDA	
a. Primaria completa c. Secundaria completa ☒ Técnico d. Tecnólogo e. Universitario e. Especialista / Maestro		a. Propia b. Arrendada ☒ Familiar d. Compartida con otra(s) familia(s)	
11. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)		12. TURNO DE TRABAJO	

☒ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5.	☒ 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. Terminó 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 CUAL: _____
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 <u>salvo total</u> AFP <u>FORVENIR</u> ARL <u>SURA</u> Caja de compensación <u>compama</u>	Nombre: <u>Gloria Correa Ochoa</u> Telefono: <u>3217542716</u>
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS <u>NO</u>	
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

Versión: 001

Fecha: 03/03/2023

Página: 1 de 1

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

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	Yolanda Linares Lopez		
Cedula	43993098	Cargo	Auxiliar
Dirección	cl-37 Sub # 05-238	Teléfono	3117879064
Area de trabajo	Administrativa ☐ Operativa ☒	Fecha	06-06-2023

1. EDAD	2. ESTADO CIVIL
a. 18 - 27 años	a. Soltero (a) ☒
b. 28 - 37 años ☒	b. Casado (a)
c. 38 - 47 años	c. Unión libre
d. 48 años o mas	d. Separado (a) /Divorciado
	e. Viudo (a)
3. GÉNERO	4. COMPOSICIÓN FAMILIAR
a. Masculino	a. Ninguno
b. Femenino ☒	a. Conyugue
	b. Conyugue- hijos
	c. Conyugue - hijos - padres
	d. Padres
	e. Padres - hermanos
	f. Hijos ☒
	g. Otros ☒
5. NUMERO DE PERSONAS A CARGO	6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Ninguna	a. Propia ☒
b. 1 a 3 Personas	b. Arrendada
c. 4 a 6 Personas ☒	c. Familiar
d. Mas de 6 personas	d. Compartida con otra(s) familia(s)
Numero de hijos _____	
5. NIVEL DE ESCOLARIDAD	8. ESTRATO - BARRIO (Escribir nombre del barrio)
a. Primaria completa	1.
b. Primaria incompleta	2. ☒ La Loma
c. Secundaria completa ☒	3.
d. Secundaria incompleta	4.
c. Técnico	5.
d. Tecnólogo	
d. Universitario	
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 ☒	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 ☒	a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años	b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años	c. De 5 a 10 años
d. Mas de 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. Terminó 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 ✓ CUAL: _____	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
☒ Positivo RH ☐ Negativo A Positivo A Negativo B Positivo B Negativo AB Positivo AB Negativo	Día 24 Mes 10 Año 2023
21. RAZA	22. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL
a. Blanco b. Afrodescendiente c. Mestizo ✓ d. Indígena e. Mulato	EPS Nueva AFP Pidenir ARL Sura Caja de compensación Comfama
23. CUENTA CON CERTIFICADO DE ALTURAS	
Fecha en que realizó el curso o reentrenamiento:	
Centro de entrenamiento:	
Nivel: avanzado _____ Básico _____ Coordinador _____	
24. TURNO DE TRABAJO	25. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA
a. Diurno ✓ b. Nocturno c. Mixto	Nombre: Sol Vanessa Velez Teléfono: 301 657 8213

Cód. FO-ADQU-273	Formato	 Alcaldía de Medellín
Versión. 5	FO-ADQU Informe Parcial y/o Final de Interventoría de Obra Pública	

Anexo 3.3-13: Anexo 9 Afiliaciones Personal

951

ANEXO 9.

AFILIACIONES

PERSONAL

452

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.643.733**

ECHAVARRIA CORREA

APELLIDOS

JASBLEIDY

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1995**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

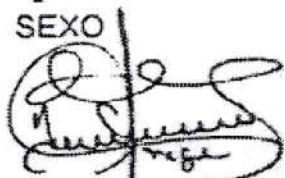
LUGAR DE NACIMIENTO

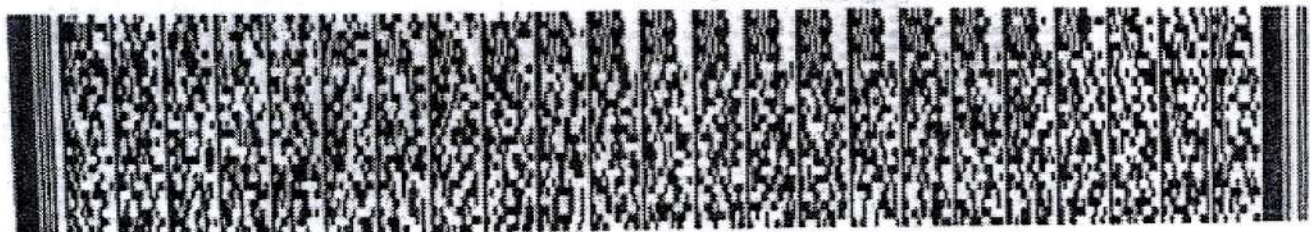
1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

06-DIC-2013 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0100150-01221002-F-1000643733-20210304

0073685911A 1

9914935019

Se certifica que JASBLEIDY ECHAVARRIA CORREA identificado(a) con CC 1000643733 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S NI 900336649																						
Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	wct	lrl	vlp
2023-04	2023-05	2083996330	9450866650	E	2023-05-16									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC				Cotización												
AFP		PORVENIR		30	16%	\$1,220,417				\$195,300												
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,220,417				\$85,000												
CCF		COMFAMA		30	4%	\$1,220,417				\$48,900												
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	\$1,220,417				\$48,900												
Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	wct	lrl	vlp
2023-03	2023-04	2015678214	9449387325	E	2023-04-10									X				L				
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC				Cotización												
AFP		PORVENIR		25	16%	\$1,202,292				\$192,400												
AFP		PORVENIR		5	16%	\$193,334				\$31,000												
ARL		ARL SURA		25	6.96%	\$1,202,292				\$83,700												
ARL		ARL SURA		5	0%	\$193,334				\$0												
CCF		COMFAMA		25	4%	\$1,202,292				\$48,100												
CCF		COMFAMA		5	4%	\$193,334				\$7,800												
EPS		SALUD TOTAL		25	4%	\$1,202,292				\$48,100												
EPS		SALUD TOTAL		5	4%	\$193,334				\$7,800												
Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	wct	lrl	vlp
2023-02	2023-03	1959658819	9448026893	E	2023-03-08									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC				Cotización												
AFP		PORVENIR		30	16%	\$1,407,708				\$225,300												
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,407,708				\$98,000												
CCF		COMFAMA		30	4%	\$1,407,708				\$56,400												
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	\$1,407,708				\$56,400												
Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	wct	lrl	vlp
2023-01	2023-02	1907699608	9446630613	E	2023-02-08							X		X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC				Cotización												
AFP		PORVENIR		30	16%	\$1,311,042				\$209,800												
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,311,042				\$91,300												
CCF		COMFAMA		30	4%	\$1,311,042				\$52,500												

GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S NI 900336649

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sn	lge	lma	vac	avp	vct	trl	vlp	
2023-01	2023-02	1907699608	9446630613	E	2023-02-08							X		X									
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización											
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	\$1,311,042						\$52,500											
Periodo		Clave		Planilla		Novedades																	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sn	lge	lma	vac	avp	vct	trl	vlp	
2022-12	2023-01	1860278913	9445364123	E	2023-01-12									X									
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización											
AFP		PORVENIR		30	16%	\$1,083,333						\$173,400											
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,083,333						\$75,400											
CCF		COMFAMA		30	4%	\$1,083,333						\$43,400											
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	\$1,083,333						\$43,400											
Periodo		Clave		Planilla		Novedades																	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sn	lge	lma	vac	avp	vct	trl	vlp	
2022-11	2022-12	1796615774	9443751734	E	2022-12-06	X								X	X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización											
AFP		PORVENIR		20	16%	\$687,500						\$110,000											
AFP		PORVENIR		6	12%	\$200,000						\$24,000											
ARL		ARL SURA		20	6.96%	\$687,500						\$47,900											
ARL		ARL SURA		6	0%	\$200,000						\$0											
CCF		COMFAMA		20	4%	\$687,500						\$27,500											
CCF		COMFAMA		6	0%	\$200,000						\$0											
EPS		SALUD TOTAL		20	4%	\$687,500						\$27,500											
EPS		SALUD TOTAL		6	0%	\$200,000						\$0											

Este certificado se expide el día 2023-06-05 a las 02:45.



Dando cumplimiento a la Resolución 2348 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS SAS				
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
900336649	CR 81 6 A 01 CA 118	4444017	Medellín	
INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR				
Apellidos y Nombres		Documento de Identidad	Edad	Género
ECHAVARRIA CORREA JASBLEIDY		CC 1000843733	27 AÑOS	FEMENINO
Lugar de Nacimiento		Lugar de Residencia	Estado Civil	
Medellín		Medellín	SOLTERO (A)	
Teléfono Fijo		Dirección	Celular	
..		SAN ANTONIO DE PRADO	3044375927	
Correo Electrónico		Grado de Escolaridad	Hemoclasiificación	
jasble.29@gmail.com		TÉCNICA PROFESIONAL	O+	
IMC		Hijos	EPS	
21.48		1	SALUD TOTAL S.A. EPS ARE	
VACUNACIÓN COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO	
NO PRESENTA	COMPLETA + REFUERZO	J&J	J&J	
INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
Cargo		Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
ALMACENISTA		2022-11-04	10:31	11:05
Lugar de realización examen		Medellín		
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL				
Tipo de examen realizado				
DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEO MUSCULAR				
Concepto		MOTIVO		
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	
- EXÁMENES DE LABORATORIO: (HEMOCLASIFICACIÓN) SE REALIZA	
- ANAMNESIS DE HC: SE REALIZA	
- VISIONOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA	
- EXAMEN FÍSICO: SE REALIZA	
- EXAMEN DE AUDIOMETRÍA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA	
- CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA CON ÉNFASIS OSTEO MUSCULAR: SE REALIZA	
ANEXO EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRÍA)	
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/	
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRÍA Y/O VISIONOMETRÍA)	
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/	
Su Capacidad Visual Esta En Los Rangos Aceptables Para Su Ocupación, Se Indica Controles Rutinarios Anuales Con Su Optometra. /	
- MEDICAS PERSONALES	
Ninguna/	
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)	
Ninguna/	
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)	
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma, En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaría Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /	
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./	



Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/		
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)		
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplázese En Forma Segura , Si Va Manejar Cargas Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador/ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificadas Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor./		
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL		
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencia Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Generar Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales/		
Enfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Traves Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./		
XX- OBSERVACIONES DEL AREA DE VACUNACION		
Durante Su Evaluación Médica Ocupacional Se Realiza Revisión De Los Antecedentes De Vacunación. En El Momento Cuenta Con Esquema De Vacunación Completo Para Prevención De Infección Por Sars Cov-2; Debe Seguir Tomando Las Medidas Preventivas; Cumpliendo Con Las Medidas Generales De Bioseguridad./		
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	- TIPO : 1	- GRUPO : D
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS:	OSTEOMUSCULAR	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO	
ESTA EN CONTROLES CON LA ARL:	NO	
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXAMENES		
Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumplimiento el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.		
Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódica y/o refiro), dando cumplimiento con la (Resolución 2348 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.		
Según lo contemplado en las resoluciones 2348 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4 6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.		

LINA MARÍA MURILLO
Médico Cirujano
ESP - SO - UPB - CES
REG 5-1848
LIC 0 123525

RESERVA PROFESIONAL DE LA INFORMACIÓN OCUPACIONAL
LINA MARÍA MURILLO, C. DE RESTREPO LINA MARIA
C. DE RESTREPO LINA MARIA
C. DE RESTREPO LINA MARIA

MURILLO RESTREPO LINA MARIA

43805863

R.U.: 43805863

La información incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clínica ocupacional.

FIRMA DEL TRABAJADOR





CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

EMPLEADOR	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSORCIO PITA 7 - NIT N° 901.646.363-1	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: MARIA DEL CARMEN LOPEZ CANO C.C. N°: 43.993.098 DIRECCIÓN: CALLE 37 SUR # 85- 283 FECHA DE NACIMIENTO: 29 DE OCTUBRE 1985 CORREO ELECTRONICO: lopezjhoana11@gmail.com CELULAR: 311 787 9064 SALUD: NUEVA EPS PENSIÓN: PORVENIR NÚMERO DE CUENTA PAGO DE NOMINA:	
NACIONALIDAD: COLOMBIANO	PROFESIÓN U OFICIO:
CONDICIONES ESPECIALES	
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR: MEDELLÍN	LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁN LAS LABORES: ALCANTARILLADO LA FLORIDA
CARGO QUE DESEMPEÑARÁ EL TRABAJADOR: AUXILIAR VIAL	REMUNERACIÓN: SALARIO MENSUAL: \$ 1.160.000 AUXILIO DE TRANSPORTE MENSUAL: \$ 140.606
PERIODOS DE PAGO: QUINCENAL	FECHA DE INICIO DE LABORES: 08 DE JUNIO 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 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 AUXILIAR VIAL, labor esta, que se obliga a desarrollar en CONSTRUCCION DE REDES DE ALCANTARRILLADO 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

456

(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 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 por ciento (40%) de la remuneración, del artículo 30 de la ley 1393 del 2010. Lo anterior acogiendo 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 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 integralmente 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.

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 indefinida 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 junio de 2023.

RICARDO GUERRA BARRIENTOS
Representante Legal

MARIA DEL C. LOPEZ CANO
C.C. 32.353.442

HOJA DE VIDA



Datos Personales

NOMBRE	Jasbleidy Echavarria Correa
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.000.643.733 de Medellín, Colombia
FECHA DE NACIMIENTO	29 de octubre del 1995
LUGAR DE NACIMIENTO	Medellin (Colombia)
ESTADO CIVIL	Soltera
CIUDAD	Medellín - Antioquia
DIRECCIÓN	San Antonio de Prado (Vereda el Salado)
TELÉFONO	304 437 59-27
E-MAIL	Jasbled.29@gmail.com

Perfil Profesional

Gran capacidad de trabajo, integración, flexibilidad, dinamismo y habilidad para enfrentar situaciones de desafío y superación. Habilidad para conducir contrataciones estatales. Probada habilidad a diferentes ambientes empresariales y culturales. Emprendedor, con iniciativa y capacidad de organización y gestión.

Estudios

Estudios Primarios:	Institucion Educativa San Jose Obrero Medellin (Colombia) 2006
Estudios Secundarios:	Institucion Educativa San Jose Obrero Medellin (Colombia) 2012
Tecnica:	Sena - Servicio Nacional de Aprendizaje Medellin (Colombia) Marroquineria 2012 - Dos Semestres IME - Instituto Metropolitano de Educacion Medellin (Colombia) Mecanica de Motos 2015 - Dos Semestres

Experiencia Laboral

SUZUKI Motor de Colombia S.A

CARGO: Auxiliar Administrativo de Taller

FUNCIONES: realizar seguimiento al status de las motocicletas en taller y confirmar la entrega de las motocicletas, llevar control del inventario, recepcion de llamadas, dar soporte de entrega en las motocicletas, realizar informes mensuales de produccion, ejercer otras funciones asignadas por el jefe inmediato, manejo de contratos Gubernamentales como: INVIAS, AREA METROPOLITANA, EJERCITO NACIONAL, CONTRATOS MULTIMARCAS Y CONCESIONES.

JEFE INMEDIATO: Diego Andres Villa
TELEFONO: 318 723 6185
Del 2012- 2016

CONHIME S.A.S

CARGO: Auxiliar oficios varios.

FUNCIONES: organizar y limpiar establecimiento, archivar y realizar consecutivos de facturas por empresa, organizar y llevar conteo de materiales en bodega, compra de materiales por minoria.

JEFE INMEDIATO: Elcy rios
TELEFONO: 302 8354208
Del 2020-2021 Hasta la Fecha

INDEPENDIENTE

CARGO: carnicería y legumbriería

FUNCIONES: organización de carne por piezas, venta de legumbre.

JEFE INMEDIATO: Ramiro Olayo

TELEFONO: 312 878 5476

Del 2021- 2021 Hasta la Fecha

Construcción.

FUNCIONES: ayudante de construcción, revolver mezcla máximo 2 bultos, ayudar a pasar niveles, recibir material, cambio de bombillos, colocación de tomas básicas, pintura, amarre de hierro, realización de canastillas, entre otras funciones básicas.

JEFE INMEDIATO: pablo payares

TELEFONO: 320 274 4807

Del tiempos libres desde el 2016

Referencias Familiares

Alejandra Correa Ochoa, Atencion al Cliente; Teléfono 300 310 9416.

Gladys Edilma Correa Ochoa, Auxiliar de Enfermeria; Téfono 321 754 2716.

Referencias Personales

Fredy Faruc Carrejo Nuñez
Suboficial del ejercito(sargento vice primero) Medellín
Celular 350 7003882

Roger Mauricio Peres Cruz
Ingeniero Mecanico lider de mantnimiento PSCN INVIAS Bogota
Celular 315 6976195

Leon sepulveda uran
Intendente transito y carretera
Celular 311 3328903

JASBLEIDY ECHAVARRIA CORREA
C.C 1.000.643.733
Telefono: 300 860 6828



La Secretaría de Movilidad

Hace Constar que:

JASBLEIDY ECHAVARRIA CORREA

C.C.1.000.643.733

Asistió y aprobó "Curso de Auxiliar de Transito y Seguridad Vial", de acuerdo a la Ley 769 de 2002.

Modificada por la Ley 1383 de marzo de 2010, ley 1548 de 5 de julio de 2012, el Decreto 0019 de 2012 y Manual de Señalización de 2015

Con una intensidad de 8 horas

Jairo Alberto Gavina Zapata
Educador Vial

Envigado.02 de marzo de 2023

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.993.098

LOPEZ CANO
APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN
NOMBRE

Maria del Carmen
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1985
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA O+ G.B. 184 F SEXO

11-NOV-2003 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRARIA NACIONAL
CALLE 100 No. 100-100, Medellin, Antioquia, Colombia



P-0100130-1412347 F-004399309830540730 00021042128 02 152-026702

Medellín, 03 de Junio 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.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96%		
C43993098	LOPEZ CANO MARIA DEL CARMEN	03/06/2023		30441831	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: C439930982315444603

Atentamente,

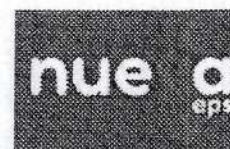
Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 03/06/2023 12:23:23.
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, 198.143.41.37, 172.16.42.57

462



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/06/2023, el empleador CONSORCIO PITA 7 identificado con NIT número 901646363 registró la siguiente solicitud de reintegro en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
5818511	03/06/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	43993098	MARIADEL CARMEN LOPEZ	1160000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2023-06-03

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Junio del año 2023.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.895-6

CERTIFICA QUE:

MARIA DEL CARMEN LOPEZ CANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **43.993.098**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

comfama

Registro de afiliación individual

CONSORCIO PITA 7 | NIT 9016463631 | Envío exitoso No. 532621

Con este número podrás hacerle seguimiento a tu afiliación. Revisaremos esta información y, en **24 horas**, te informaremos el resultado.

Datos del trabajador

Información general

Documento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:	Estado civil:
CC 43993098	MARIA DEL CARMEN LOPEZ CANO	29/10/1985	Femenino	Soltero

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Teléfono fijo:	Correo electrónico:
Antioquia	Medellin	CL 37SUR # 85 - 283	3137879064	4444017	lopezjhonna11@gmail.com

Datos laborales

Tipo de contrato:	Tipo de salario:	Salario:	Horas contratadas al día:	Horas contratadas al mes:	Fecha de ingreso a la empresa:
Fijo	Fijo	\$1,160,000	8	2	03/06/2023



Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión	
CONSORCIO PITA 7			
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad
901646363	CR 76 3 36	4444017-3104648814	Medellín
INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR			
Apellidos y Nombres		Documento de Identidad	Edad
LOPEZ CANO MARIA DEL CARMEN		CC 43993098	36 AÑOS
Lugar de Nacimiento		Lugar de Residencia	Estado Civil
Medellín		Medellín	CASADO (A)
Teléfono Fijo		Dirección	Celular
		CALLE 37 SUR # 85 238	3117879064
Correo Electrónico		Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
notienecorreo@gmail.com		MEDIA ACADÉMICA O CLASICA	O+
IMC		Hijos	EPS
33.33		3	NUEVA PROMOTORA DE SALUD - NUEVA EPS
VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
NO PRESENTA	COMPLETA + REFUERZO	PFIZER	PFIZER
INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
Cargo		Fecha	Hora Ingreso
AUXILIAR TRANSITO		2023-06-01	6:59
Lugar de realización examen		Hora Salida	
Medellín		8:52	
EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL			
Tipo de examen realizado			
DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR			
Concepto		MOTIVO	
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO			

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	
- EXAMENES DE LABORATORIO: (HEMOCLASIFICACION) SE REALIZA	
- EXAMEN FISICO: SE REALIZA	
- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA	
- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL: SE REALIZA	
- EXAMEN DE AUDIOMETRIA SIMPLE O TONAL: SE REALIZA	
- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA	
ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS	
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)	
Su Capacidad Auditiva Es Adecuada Para Su Ocupación Cumpliendo A Los Programas/	
VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)	
Uso De Corrección Optica Ocasional O Prolongada /	
Su Capacidad Visual Esta En Los Rangos Aceptables Para Su Ocupación. Se Indica Controles Rutinarios Anuales Con Su Optometra. /	
Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/	
- MEDICAS PERSONALES	
Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos Por El Medico Lider De Su Eps De Promoción Y Prevención De La Salud Con Nutricionista Por Su Índice Masa Corporal. Se Le Recomienda Seguir Indicaciones Bajar De Peso Y Continuar Hábitos De Alimentación, Realizar Ejercicio Como Informa El Medico Tratante/	
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)	
Ninguna/	
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)	
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19. Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo. Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De	



464

Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma . En Caso De Tener Exposición O Presentar Sintomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Lineas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
Utilizar Gafas U Lentes De Forma Permanente Y Actualizar Anualmente La Fórmula De Sus Lentes.. /
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , Si Va Manejar Cargas Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Sintomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional Se Evidencia Factores De Riesgo Según Indicaciones Y Lineamientos Entregados Por Minsalud Que Puedan Desencadenar Mayor Suceptibilidad A La Enfermedad Por Covid-19; En El Momento No Se Evidencia Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
XX- OBSERVACIONES DEL AREA DE VACUNACION
Durante Su Evaluación Médica Ocupacional Se Realizo Revision De Los Antecedentes De Vacunacion, En El Momento Cuenta Con Esquema De Vacunación Completo Para Prevención De Infección Por Sars Cov-2; Debe Seguir Tomando Las Medidas Preventivas; Cumpliendo Con Las Medidas Generales De Bioseguridad./



CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	- TIPO : 1	- GRUPO : E
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	CARDIOVASCULAR, CONSERVACION VISUAL	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NUTRICIONISTA, OPTOMETRA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO	
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES		
<p>Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.</p> <p>Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumplimiento con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.</p> <p>Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6 13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma, y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.</p>		

Natalia A. Henao Rendon
CC: 44007706

MEDELLIN ESPECIALIZADA EN SALUD OCUPACIONAL
(C) 44007706-001
TEL: 510 158185

HENAO RENDON NATALIA ANDREA

44007706

R.M.: 44007706

La informacion incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

Pa. D. Rendón G. Cruz
43795078

FIRMA DEL TRABAJADOR



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: JASBLEIDY ECHAVARRIA CORREA C.C. N°: 1.000.643.733 DIRECCIÓN: SAN ANTONIO DE PRADO FECHA DE NACIMIENTO: 29 DE OCTUBRE 1995 CORREO ELECTRONICO: jasbled.29@gmail.com CELULAR: 304 437 5927 SALUD: SALUD TOTAL PENSIÓN: PORVENIR NÚMERO DE CUENTA PAGO DE NOMINA:	
NACIONALIDAD: COLOMBIANO	PROFESIÓN U OFICIO:
CONDICIONES ESPECIALES	
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR: MEDELLÍN	LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁN LAS LABORES: ALCANTARILLADO LA FLORIDA
CARGO QUE DESEMPEÑARÁ EL TRABAJADOR: AUXILIAR VIAL	REMUNERACIÓN: SALARIO MENSUAL: \$ 1.160.000 AUXILIO DE TRANSPORTE MENSUAL: \$ 140.606
PERIODOS DE PAGO: QUINCENAL	FECHA DE INICIO DE LABORES: 08 DE JUNIO 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: NO APLICA 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 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 **AUXILIAR VIAL**, 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 ibidem. 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

466

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 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 por ciento (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 no tiene periodo de prueba debido a que **EL TRABAJADOR** realizará las mismas funciones que realizaba con el contrato inmediatamente anterior, solo se realizó cambio de proyecto. 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 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 integralmente 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.

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 indefinida 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 junio de 2023.



RICARDO GUERRA BARRIENTOS
Representante Legal

JASBLEIDY ECHAVARRIA CORREA
JASBLEIDY ECHAVARRIA CORREA
C.C. 1.000.643.733



Certifica que:

MARIA DEL CARMEN LOPEZ CANO

C.C.43.993.098

Asistió y aprobó "Curso de Auxiliar de Transito y Seguridad Vial", de acuerdo a la Ley 769 de 2002.

Modificada por la Ley 1383 de marzo de 2010, ley 1548 de 5 de julio de 2012, el Decreto 0019 de 2012 y Manual de Señalización de 2015

Con una intensidad de 2 horas

Jairo Alberto Gaviria Zapata
Educador Vial

Envigado, 21 de octubre de 2022

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.718.157
SERNA FLOREZ

APELLIDOS
NUBIA YULIES

NOMBRES

Nubia Serna

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1977

BETULIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

O+

G.S. RH

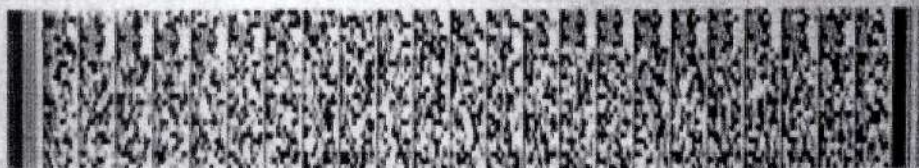
F

SEXO

26-ENE-2001 BETULIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0100100-00344576-F-0043718157-20111109

0028397136A 1

37462336

Medellín, 05 de Junio de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

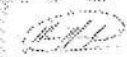
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de GUINCO SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - OBRAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C43718157	SERNA FLOREZ NUBIA YULIES	05/06/2023		16014121	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: C438367952315627094

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/06/2023 07:31:33.
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, 198.143.41.3, 172.16.42.57

970

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicación

4010361915

Fecha de Radicación

01/05/2013

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual: ☒ - Cotizante Cabeza de familia B. Colectiva ☐ - Beneficiario afiliado adicional C. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
SERNA Primer apellido	CC	FLOREZ Segundo apellido 43718157	NUBIA Primer nombre Femenino ☒ Masculino ☐	YULIES Segundo nombre 13/04/1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo ☒ Condición ☐		
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000	
18. Residencia	19. Municipio/Distrito	20. Teléfono fijo	21. Teléfono celular
CR 76 3 36 Dirección	MEDELLIN	4444017	3012711078
	zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna
			NUBIA.LSERNA@GMAIL.COM Correo electrónico ANTIOQUIA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1 B2 B3 B4 B5		F Tipo N M Condición P	Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular	

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C VS TRANVIA VS TRANVIA	VSTRANVIA VSTRANVIA

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GUINCO S A S	NIT	900336649	01
39. Ubicación	AUXILIAR10FICINAINGENIEROS@GMAIL.COM		
CR 76 3 36 Dirección 4444017 Teléfono	MEDELLIN Municipio/Distrito ANTIOQUIA Departamento		

40. Tipo de Novedad

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

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha			
		Femenino ☐ Masculino ☐			01/01/2001		
43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones					

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

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

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

49. ☒ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.

50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del colizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

<p>54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</p> <p><i>Nubia Serna</i></p>	<p>55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	--

IX. ANEXOS

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

Cantidad:

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Total: 0

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio <input type="text"/>		67. Datos del SISBEN Número ficha <input type="text"/>		Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos funcionario que realiza la validación							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		Número documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario			
Observaciones							

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



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NUBIA YULIES SERNA FLOREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **43.718.157**, se encuentra afiliado(a)
al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Registro de afiliación individual

GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S.

NIT 9003366497

Envío exitoso No. 533466

Con este número podrás hacerle seguimiento a tu afiliación. Revisaremos esta información y, en **24 horas**, te informaremos el resultado.

Datos del trabajador

Información general

Documento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:	Estado civil:
CC 43718157	NUBIA YULIES SERNA FLOREZ	13/04/1977	Femenino	Soltero/a

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Teléfono fijo:	Correo electrónico:
Antioquia	Guarne	KILOMETRO 7 VIA ANTIGUA GUARNE	3012711078	4444017	

Datos laborales

Tipo de contrato:	Tipo de salario:	Salario:	Horas contratadas al día:	Horas contratadas al mes:	Fecha de ingreso a la empresa:
Fijo	Fijo	\$1,160,000 8	240		05/06/2023

472



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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.039

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
01 DÍA	06 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO					
			Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
CONSORCIO PITA 7				GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S.					
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)									
SERNA FLOREZ NUBIA YULIES				Genero		Edad		Documento de identificación	
				FEMENINO		46 AÑOS		CC 43718157	
Apellidos y Nombres				Tipo		Número			
Cargo				EPS		AFP		ARL	
AUXILIAR VIAL				SALUD TOTAL		NO REFIERE		SURA	
Estudios:				SIN ESTUDIO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)									
Observaciones: NO APLICA									
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
AUDIOMETRÍA				HEMOCLASIFICACIÓN					
VISIOMETRÍA				EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR					
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				USO DE EPP				HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE USO PERMANENTE				PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO								HACER DEPORTE	
								DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
NORMAS DE AUTOCUIDADO Y SEGURIDAD -TRABAJADOR ANALFABETA (EVALUAR TAREAS SI ES NESECERARIO O DAR BUENAS INSTRUCCIONES VERBALES).									
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
Médico				Aspirante o Trabajador					
Firma:				Código de Seguridad				Nombre: SERNA FLOREZ NUBIA YULIES	
Nombre: CORTES CORTES CARMENZA DEL ROCIO				T50Z1F32039				CC: 43718157	
R. M.: 62298-01				L.S.O.:					



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



Código de Seguridad
G50M57S32039



N° 32039

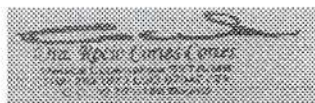
RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
01 DÍA	06 MES	2023 AÑO	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO		
MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)					
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
CONSORCIO PITA 7			GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S.		
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)					
SERNA FLOREZ NUBIA YULIES			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	46 AÑOS 1 MESES 18 DÍAS	CC 43718157
Cargo					
AUXILIAR VIAL					
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO					
RECOMENDACIONES MEDICAS					
CONTINUAR MANEJO MÉDICO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE USO PERMANENTE, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					
RECOMENDACIONES HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES					
HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA					
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES					
USO DE EPP, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante:



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

Documento:
Nombre:
Fecha:

Documento:
Nombre:
Fecha:



GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S
NIT. 900.336.649-7

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: NUBIA YULIES SERNA FLOREZ C.C. N°: 43.718.3157 DIRECCIÓN: KILOMETRO 7 VIA ANTIGUA GUARNE FECHA DE NACIMIENTO: 13 DE ABRIL 1977 CORREO ELECTRONICO: CELULAR: 3012711078 SALUD: SALUD TOTAL PENSIÓN: PORVENIR NÚMERO DE CUENTA PAGO DE NOMINA:	
NACIONALIDAD: COLOMBIANO	PROFESIÓN U OFICIO: AUXILIAR VIAL
CONDICIONES ESPECIALES	
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR: MEDELLÍN	LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁN LAS LABORES: ALCANTARILLADO LA FLORIDA
CARGO QUE DESEMPEÑARÁ EL TRABAJADOR: AUXILIAR VIAL	REMUNERACIÓN: SALARIO MENSUAL: \$ 1.160.000 AUXILIO DE TRANSPORTE MENSUAL: \$ 140.606
PERIODOS DE PAGO: QUINCENAL	FECHA DE INICIO DE LABORES: 06 DE JUNIO 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:



GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S
NIT. 900.336.649-7

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



GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S
NIT. 900.336.649-7

(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



GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S
NIT. 900.336.649-7

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 por ciento (40%) de la remuneración, del artículo 30 de la ley 1393 del 2010. Lo anterior acogiendo 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



GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S
NIT. 900.336.649-7

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 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



GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S
NIT. 900.336.649-7

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 indefinida 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 06 de junio de 2023.

RICARDO GUERRA BARRIENTOS
Representante Legal

NUEBIA Y. SERNA FLOREZ
C.C. 43.718157

NUBIA YULIES SERNA FLOREZ



Datos Personales

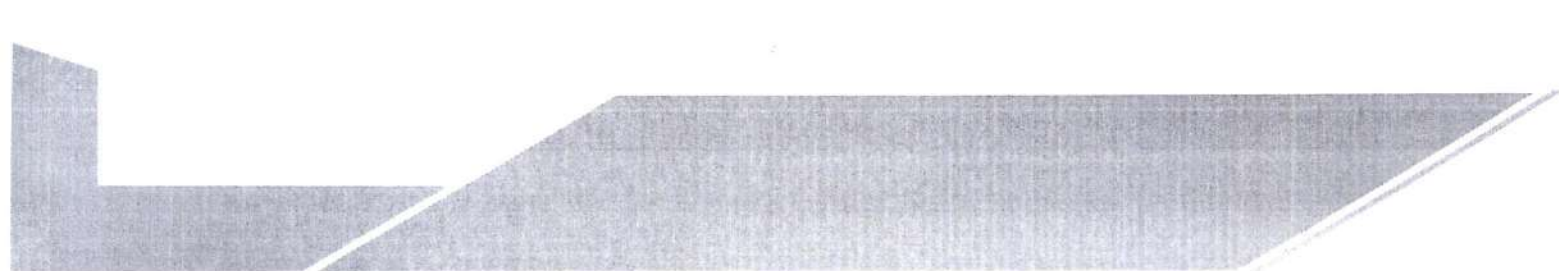
Datos personales

Cedula de ciudadanía:	43.718.157
Fecha de Nacimiento:	13/04/1977
Estado Civil:	Unión Libre
Celular:	301 271 10 78
Dirección:	Km 7 Vía Antigua a Guarne
Personas que dependen de mí:	4: hijos

Perfil

P e r f i l

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



Estudios Realizados

Estudios realizados

Primaria:

Altamira Antioquia

Ultimo año cursado:

CUARTO

Curso:

Enrurate
Curso Vial

Experiencia Laboral

Experiencia Laboral

Empresa:

Paesia

Jefe Inmediato:

Julián Villa

Teléfono:

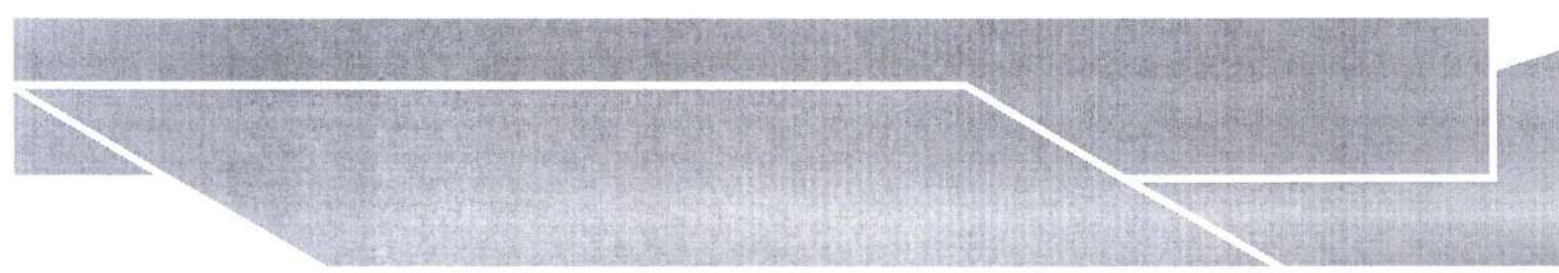
311 701 13 28

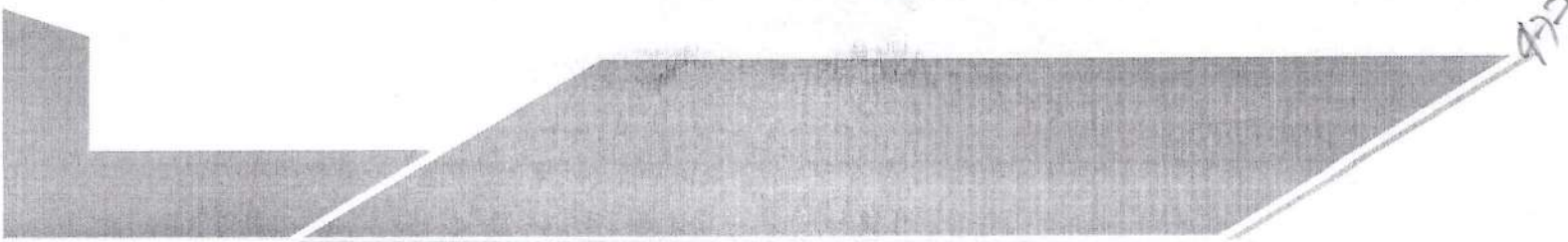
Tiempo Laborado:

2 años

Cargo:

Auxiliar Vía





Referencias Familiares

Referencias Familiares

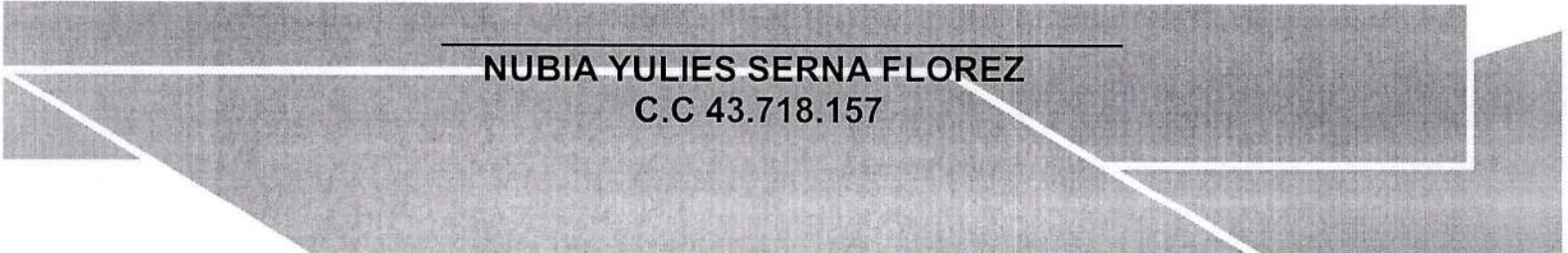
Nombre: Daniel Penagos Serna
Profesión: Ayudante Entendido
Parentesco: Hijo
Teléfono: 302 211 93 01

Nombre: Leidy Xiomara Peganos Serna
Ocupación: Cajera
Parentesco: Hija
Teléfono: 302 314 60 59

Referencias Personales

Referencias personales

Nombre: Luis Arturo Garzón
Ocupación: Minero
Teléfono: 350 273 86 42



NUBIA YULIES SERNA FLOREZ
C.C 43.718.157



La Secretaría de Movilidad

Hace constar que:

NUBIA YULIES SERNA FLOREZ

C.C.43.718.157

**Asistió y aprobó "Curso de Auxiliar de Transito ", de acuerdo a la Ley 769 de 2002.
Modificada por la Ley 1383 de marzo de 2010, ley 1548 de 5 de julio de 2012, el
Decreto 0019 de 2012 y Manual de Señalización de 2015**

Con una intensidad de 8 horas Presenciales


Jairo Alberto Gaviria Zapata
Educador-Vial

Envigado, 17 de marzo de 2023



Medellín, 04 de mayo de 2023

**EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA
CERTIFICA**



Que el señor **SERNA FLOREZ NUBIA YULIES** identificado con cédula No. **43.718.157**, laboró en la compañía en las siguientes condiciones:

RELACIÓN DE CONTRATOS CON SANEAR				
Nº	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	CARGO Y/O FUNCIONES	TIPO CONTRATO
1	22-Mar-2022	17-Mar-2023	AUXILIAR DE TRANSITO-OFICIOS VARIOS	FIJO INFERIOR A UN AÑO

CAJA DE COMPENSACIÓN:	COMFAMA
ÚLTIMA EPS REPORTADA:	SALUD TOTAL
ÚLTIMO FONDO DE PENSIÓN:	PORVENIR
ÚLTIMO SALARIO DEVENGADO:	\$ 1.160.000

Lo anterior se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente,


MARIA VICTORIA AVALOS SEPULVEDA
Líder de Gestión Humana

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.152.714.135**

RODRIGUEZ GONZALEZ

APELLIDOS

SEBASTIAN

NOMBRES

Sebastian

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-OCT-1998**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.83

ESTATURA

O-

G.S. RH

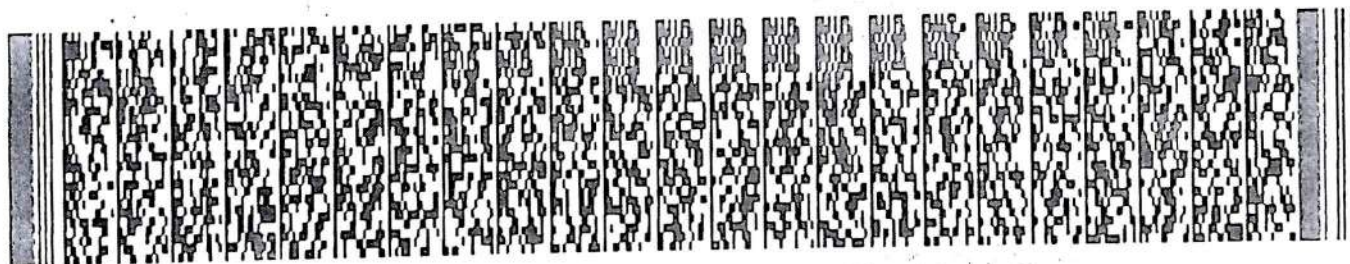
M

SEXO

18-NOV-2016 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0100150-01154133-M-1152714135-20200827

0071571300A 1

9912889600

ESTADO CIVIL



Formulario de inscripción para el registro
de la Ley 10 de 1993 y Ley 14 de 1994
www.formaminerva.com
www.aliadolaboral.com

ALIADOLABORAL



7 702124 007790

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE forma minerva 10-05

Código	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
--------	-------	---------------------------	--------------

I. DATOS PERSONALES

(*) Hoja de inscripción Ley 10 de 1993
art. 22 inciso 11 y 12

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	
Rodriguez	Gonzalez	Sebastian	
Código de identificación		Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Ayudante			\$
Ciudad de nacimiento		(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Medellin		31/10/1998	Union libre
Dirección domiciliar		Barrio	Teléfono
CALLE # 43 HACI Int 119		Popular 2	3124466730
Código de identificación N°		(**) Libreta militar N°	
US2714135			
Experiencia en		Distrito N°	Primera clase: Segunda clase:
¿Vivienda propia?		Nombre del arrendador	
Si No ☒		Rodrigo	
Teléfono		Valor del arriendo	
		300.000	
¿Esta trabajando actualmente?		En qué empresa?	
Si No ☒			
Empleado		Tipo de contrato	
☐		☐	

II. EDUCACION Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
	FE y alegría	Medellin	5	
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
	FE y alegría	Medellin	9	
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
Título obtenido y/o especialidad			Tipo de formación	
			Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐	
¿Que estudios realiza actualmente?			Horario:	

III. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa		Dirección	
Demoliciones perfeasoc		Estadio	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo(s) desempeñado(s) por usted	
carlos		Ayudante de amazon	
¿Cuántos meses trabajó?			
Arma2on			
Fecha de ingreso		Fecha de retiro	Sueldo inicial
			\$ 6.00.000
Motivo de retiro		Sueldo final o actual	
Terminacion de obra		\$ 800.000	
Verificación: (Firma y sello de la empresa)			
Nombre de la empresa		Dirección	Teléfono(s)
Demoliciones perfeasociados		Estadio	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo(s) desempeñado(s) por usted	
carlos		Ayudante de amazon	
¿Cuántos meses trabajó?			
Fecha de ingreso		Fecha de retiro	Sueldo inicial
			\$ 600.000
Motivo de retiro		Sueldo final	
Terminacion de obra		\$ 900.000	
Verificación: (Firma y sello de la empresa)			

V. REFORMATIONER BEGRIFFE

VI. REFERENCES PERSONALES (Indique el nombre de las personas, las fechas y los lugares.)

VII. REFRACTIVE INDEX

Nota importante

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

Certificación

Para todos los efectos legales, certifique que todas las respuestas e informaciones, por medio de mí, en la presente no, se da vida son verídicas. C. S. T., Art. 62 Num. 1 y Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

~~Sebestener~~
1152714135

VIII. ADMINISTRADOR PROCESO DE SELECCIÓN (apartado exclusivo para el empleado)

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 Sebastián rodriguez gonzalez con el cédula 1152714135 de medellin 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 partes convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iniciales de periodo de prueba a partir de 13/06/23 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 o mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 artículo 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 específicas 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 13/6/23 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias



LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012



sebastian rodriguez

cédula1152714135



POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 09/06/2023

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento: NI Número de documento: 8674012 Cédula Usuario: CC 8674012
Nombre: LUIS CARLOS RAMOS SOTO
Dirección: CL 59B 68 67 IN 202
Departamento: ANTIOQUIA Municipio: BELLO
Correo electrónico: lramossoto@yahoo.com
Teléfono: 4665716 Tarifa: 6.960
Actividad Económica: 5411101 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METALICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario
CC 8674012

Nombres y Apellidos del Usuario
LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 411	10/06/2023	CC 1152714135	RODRIGUEZ GONZALEZ SEBASTIAN	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

8FC58B88A7BB1F5B6903D1ABD302860B

Certificado impreso el día 6/9/2023 2:37:30 PM por el portal de empresas Edesk



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

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia



**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá **(601) 330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

SEBASTIAN

RODRIGUEZ GONZALEZ

1152714135

LUIS CARLOS RAMOS SOTO

8674012

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal^{EPS-S}

No de Radicación

4010388976

Fecha de Radicación

01/01/2012

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
RODRIGUEZ Primer apellido	CC	GONZALEZ Segundo apellido 1152714135	Femenino ☐ Masculino ☒	31/11/01/1991/8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo FINM Condición TIP		
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1160000	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular	21. Correo electrónico
BRR POPULAR 0 Dirección	3174466730	SEDBASTIANRODRIGUEZ@GMAIL.COM	ANTIOQUIA
MEDELLIN Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	CENTRO Localidad / comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			Femenino Masculino	

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Tipo F M T P	Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular	

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
VS UAB JUNIN - VS UOD VILLANUEVA	VSJUNIN - VSODVILLAN

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
RAMOS SOTO LUIS	CC	8674012	01
39. Ubicación	40. Correo electrónico	41. Municipio/distrito	42. Departamento
CL59 B 68 67 AP 202 Dirección	4665716 Teléfono	LRAMOSSOTO@YAHOO.COM Correo electrónico	MEDELLIN Municipio/distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		Fecha de nacimiento		42. Fecha 01/01/2012	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código: ☐		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☒ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
- Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 1
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio		Código del Departamento		67. Datos del SISBEN Número ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
☐		☐		☐		☐	☐		
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario					
☐		☐							
Observaciones									

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

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre	
RODRIGUEZ	GONZALEZ	SEBASTIAN		
No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1152714135	X	1998 10 31	X	2023 08 06

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☒
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? ☒
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☒
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒

Medio de entrega deseado: Electrónico ☒ Físico ☐

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

Yo: SEBASTIAN RODRIGUEZ GONZALEZ identificado con el documento de identidad: C No. 1152714135, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico sedbastianrodriguez@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: SEBASTIAN RODRIGUEZ GONZALEZ
Número de identificación: 1152714135

Fecha de diligenciamiento
2023 08 06

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: No. _____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma A Ruego

Nombres y Apellidos: _____
Documento de Identidad: _____
Edad: _____
Domicilio: _____

Nombres y apellidos de la persona de quien
no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoría o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S S.A.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: www.saludtotal.com.co, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis