JEFERSSON VALLEJO LOPEZ	1128457226	29/05/1993	30	O+	NO	SI	NO	Blanco	Soltero (a)	Masculino	1-3 Personas	Hijos	2	Secundaria comp	Arrendada
CAMILO ANDRES SOTO LOPEZ	1037469366	18/02/2005	18	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	Ninguna	Padres	Ninguno	Secundaria comp	Arrendada
NEIS ANTONIO PERALTA SOTO	78298471	24/12/1974	48	B+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	1-3 Personas	Conyugue - hijos		Secundaria comp	Arrendada
JONNY ALEXANDER MORENO VALENCIA	98035084	13/06/1979	44	A+	NO	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	1-3 Personas	Conyugue - hijos	2	Secundaria comp	Arrendada
DANIELA OCHOA TORRES	1152210236	29/09/1995	28	AB+	SI	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Femenino	Ninguna	Conyugue	Ninguno	Tecnologo	Arrendada
NORMAN ANDRES PAZ COUTIN	98098454	2/08/1982	41	B+	NO	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	1-3 Personas	Conyugue - hijos	1	Tecnico	Familiar
HUGO ARMANDO OQUENDO DAVID	1039287310	13/11/1990	33	O+	SI	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	1-3 personas	Conyugue - hijos	1	Tecnico	Arrendada
RAFAEL SANTOS MORELO FUENTES	1063716627	15/02/2000	23	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	1-3 personas	Conyugue - hijos	1	Secundaria comp	Arrendada
JOHN OBIRY MEDINA ROMAN	1018653993	22/07/1994	29	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	1-3 personas	Padres-hermanos	Ninguno	Secundaria completa	Arrendada
SEBASTIAN ANDRES LOPEZ ESPINOSA	1003084359	10/06/2003	20	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	1-3 personas	Padres-hermanos	Ninguno	Secundaria incompleta	Arrendada
RIGOBERTO ANTONIO VALENCIA OSPINA	15536261	30/01/1965	59	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	1-3 personas	Conyugue - hijos	Ninguno	Primaria completa	Arrendada
EDUARDO ENRIQUE PARRA LEIVA	6123221	5/07/1988	35	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	1-3 personas	Padres-hermanos	Ninguno	Primaria completa	Arrendada
LIZANDRO DE JESUS OSPINA OSORIO	1104874507	21/01/1999	25	O+	NO	NO	NO	Blanco	Unión libre	Masculino	1-3 personas	Conyugue - hijos	Ninguno	Secundaria completa	Arrendada
LEONARDY LOPEZ CARVAJAL	1068660100	9/06/1988	35	A+	NO	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	1-3 personas	Conyugue - hijos	Ninguno	Secundaria completa	Arrendada
JORGE RAMIREZ GUTIERREZ	1045248030	16/11/1995	28	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	1-3 personas	Padres-hermanos	Ninguno	Primaria completa	Arrendada
ARIS ARIEL CHAVERRA VALOYES	11806985	21/03/1971	52	A+	NO	NO	NO	Afrodescendiente	Unión libre	Masculino	Mas de 6 personas	Conyugue - hijos	9	Secundaria completa	Arrendada
CAMILO ADOLFO MARIN MEDINA	1128459861	18/10/1994	29	O+	NO	SI	NO	Blanco	Soltero (a)	Masculino	1-3 personas	Padres-hermanos	1	Secundaria completa	Familiar
EVERING JOHANA PIDRAHITA ZAPATA	43252447	20/01/1982	42	O+	NO	NO	NO	Blanco	Unión libre	Femenino	1-3 personas	Conyugue - hijos	2	Universitario	Arrendada
JEISON GUILLERMO GONZALES TANGARIFE	1041230364	12/08/1990	33	O-	NO	SI	NO	Blanco	Soltero (a)	Masculino	1-3 personas	Padres-hermanos	Ninguno	Secundaria incompleta	Arrendada
MANUEL SALVADOR MENDOZA ALVAREZ	1128116098	20/08/1969	51	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	1-3 personas	Conyugue - hijos	Ninguno	Secundaria incompleta	Arrendada
ALEJANDRO ORTEGA CORREA	71840983	23/11/1977	46	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Casado (a)	Masculino	1-3 personas	Conyugue - hijos	Ninguno	Secundaria completa	Arrendada
JULIAN DAVID VILLA AGUDELO	1128446119	8/01/1988	36	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Casado (a)	Masculino	1-3 personas	Conyugue - hijos	2	Universitario	Familiar
PLINIO AREISO ZAPATA TUBERQUIA	1038117365	10/06/1991	32	B+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	Ninguna	Padres-hermanos	Ninguno	Secundaria completa	Arrendada
STEVEN CORREA ROMERO	1036678547	6/03/1998	25	O+	NO	NO	NO	Blanco	Soltero (a)	Masculino	Ninguna	Hijos	1	Secundaria comp	Familiar
NUBIA YULIES SERNA FLOREZ	43718157	13/04/1977	46	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Femenino	4-6 Personas	Hijos	7	Primaria complet	Propia
JASBLEIDY ECHAVARRIA	1000643733	29/10/1995	28	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Femenino	1	Padres-Hijos	1	Técnico	Familiar
MARIA DEL CARMEN LOPEZ CANO	43993098	29/10/1985	38	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Femenino	4	Conyugue-Hijos		Secundaria comp	Propia
Sebastian Rodriguez Gonzalez	1152714135	31/10/1998	25	O-	NO	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	2	Conyugue-Hijos	1	Grado 9°	Arrendada
Diana Cristina Higuita Higuita	1020397491	31/05/1986	37	O+	SI	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Femenino	2	Hija, mermana, 2 sobrinos	1	Tecnologo	Arrendada
Yelitza Josefina Contreras	1232589188	21/11/1969	54	O+	NO	NO	NO	Blanca	Soltero (a)	Femenino	0	Sola	1	Tecnico	Arrendada

Elkin Dario Mendoza	1007298311	12/09/1988	35	A+	NO	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	5	Esposa, hijos	3	Primaria	Arrendada
Juan Esteban Londoño Roman	1063161295	3/08/1992	31	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	3	Conyugue	2	9° bacheller	Arrendada
Cristian Duvan Puerta Arango	1152198168	15/10/1992	31	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	3	Padres - hermanos	1	Primaria incompl	Familiar
Jhon Fredy Sanchez Mosquera	10050335	8/02/1981	43	A+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	0	SOLO	0	Primaria incompl	Arrendada
Rufino Manuel Varilla Diaz	78697143	8/02/1968	56	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	3	SOLO	3	Segundaria comp	Arrendada
Manuel Antonio Mendoza Agaiez	1063716537	17/12/1981	42	A+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	0	SOLO	0	Segundaria comp	Arrendada
Francisco Ferney Cano Arango	71396421	10/08/1976	47	O+	NO	SI	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	2	Conyugue e hijo	1	Primaria complet	Arrendada
Martin Castillo Perez	1066744230	12/05/1994	29	O+	NO		NO	Mestizo	Unión libre	Masculino		Conyugue e hijo		Secundaria completa	Arrendada
Kelly Johana Doval Alarcon	1038120718	24/01/1993	30	O+	NO	NO	NO	Mestizo	Soltero (a)	Masculino	0	Padres	0	Universitario	Arrendada
Mario Antonio Motato Guapacha	91131594	13/02/1965	58	O+	NO	SI	NO	Mestizo	Casado (a)	Masculino	2	Conyugue e hijo	2	Primaria incompleta	Arrendada
Gabriel Antonio Hernandez del Rio	71875898	22/01/1964	59	O+	NO	SI	NO	Mestizo	Separado	Masculino		Padres	3	Primaria incompleta	Arrendada
Carlos Mario Vitola Romero	1007671437	2/03/1994	29	O+	SI	NO	NO	Mestizo	Unión libre	Masculino	3	Conyugue e hijo	2	Secundaria incompleta	Propia

Anexo 3.3-12: Anexo 9 Afiliaciones del Personal

Anexos 9. Afiliaciones del personal



EPS - Salud total
Fondo - Proteccion
Tel - 3137460526
Cll 39A N° 115-31 int 103



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 juan Esteban londoño con el cédula 1062161295 de arboletes quien se denominará como trabajador se ha celebrado un contrato individual de trabajo que se regirá por la siguientes disposiciones legales y por las siguientes cláusulas 1° el trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en de ayudante durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas pares convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 28/06/23 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 1400000 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 28/6/23 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

---

LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012

---

juan londoño

cédula1062161295

441

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 27/06/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	414	28/06/2023	CC 1063161295	LONDOÑO ROMAN JUAN	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase 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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

59E09C74011B743608D98AC0ED00AF80

Certificado impreso el día 6/27/2023 6:09:10 PM por el portal de empresas Edesk

492

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase 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

JUAN ESTEBAN
LONDOÑO ROMAN
1063161295

LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009493219	0|6|0|1|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
LONDOÑO (Primer apellido)	ROMAN (Segundo apellido)	JUAN (Primer nombre)	ESTEBAN (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1063161295	Femenino ☐ Masculino ☒	0|3|0|8|1|9|9|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia			
CR 114 CL 39 B 71 **Dirección**	**Telefono fijo**	3137460526 **Telefono celular**	RAMOSSOTO@YAHOO.COM **Correo electronico**
MEDELLIN **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	CENTRO **Localidad / comuna**	ANTIOQUIA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
RAMOS SOTO LUIS	CC	8674012	01

39.Ubicación				
CL59 B 68 67 AP 202 Dirección	4665716 Teleéfono	LRAMOSSOTO@YAHOO.COM Correo electrónico	MEDELLIN Municipio/distrito	ANTIOQUIA Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|6|1|2|2|0|2|2

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LONDOÑO ROMAN JUAN ESTEBAN** identificado(a) con **CC** número **1.063.161.295** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de noviembre de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de junio de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20230627181100

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Importante: Por favor lea esta información detenidamente antes de diligenciar el formulario
Diligencie este formato con tinta negra o azul y letra de imprenta
Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar corrector en los casillas

Nº	No. Solicitud	Fecha de Radicación

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V.	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono
NIT	8634012		Ramos Soto Luis	4665746

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Otros nombres	Fecha de nacimiento
CC	1022612295	Lombardo	Ramos	Juan	Esteban	03 08 1992

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular
cl 39 #115 31	Antioquia	Medellín			3137960546

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Días cotizados mes	Horas cotizadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/oficio	Subsidio familiar solicitado
Integral	$ 1160000	8	240	Término fijo	26 06 23	Ayudante	

Datos adicionales empleados servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

NIT	Razón Social	No de horas mes	Sueldo mes	Afiliado a Caja de Compensación	
				SI / NO	Cual?
				SI / NO	Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Otros nombres	Fecha de nacimiento

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Complementarios	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Género
						DD MM AAAA	

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio cuando corresponda a través de:

- ☐ Cuenta Personal — Número de cuenta
- Tipo de Cuenta: ☐ Ahorros ☐ Corriente
- Entidad financiera
- ☐ Tarjeta de débito
- ☐ Pago por documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte los establecimientos de nuestra Corporación bajo convenio para este medio de pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este y no lo hayan cobrado personalmente en la cuenta de Subsidio de Vivienda. Mientras permanezca en la página web Comfama http://WWW.COMFAMA.COM. Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí consignados y que en caso de fraudes se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hacen con el fin de cumplir con las responsabilidades establecidas en las normas que regulan el Sistema de Subsidio Familiar, principalmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002 con el fin de obtener información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012.

Indicarnos si en la calidad de afiliado proveedor deseas recibir, además, publicidad y comunicados contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Para ello:

- Consideramos para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios o programas personalizados nuestros y de terceros
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y de tal situación
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato
- Almacenarlo, consultarlo, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales en el interior de Comfama o ante cualquier otra entidad legal que tratando o pretendiendo tratar de cobro, evitar fraudes, de verificación y reserva bancaria, de administración de riesgos
- Transferir o transmitir los datos a terceros dentro y fuera de Colombia

Esta autorización incluye el tratamiento de datos de contacto biométrico y ambiental, aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite dar el trato sensible de los datos para recolección de primera mano y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o incapaces y los de sus beneficiarios que así consten. ☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través de nuestros canales habilitados para ello o mediante solicitud escrita dirigida a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 A - 15 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al registro en Comfama
	Juan Lombardo		

Powered by CamScanner



Certificado Médico Laboral

SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

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

Fecha Cierre: 24/06/2023 10:34:45 a. m.

Certificado de aptitud: 1063161295-1360903

TRABAJO EN ALTURAS

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	24 jun. 2023 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JUAN ESTEBAN LONDONO ROMAN	**Identificación:**	1063161295
Género	MASCULINO **Edad:** 30	**Teléfono**	**Móvil:** 3137460526
Fecha	3/08/1992	**Cargo:**	AYUDANTE
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CL 39 A 115 31 INT 103	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**AREA: OPERATIVA**	
		Peso: 56 Talla: 155 IMC: 23	

Exámenes Diagnósticos Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	1. CONTROL PERIÓDICO, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		ACTIVIDAD FISICA, MINIMO 30 MINUTOS MINIMO 4 VECES POR SEMANA. CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS. CREAR Y/O MANTENER HÁBITOS SALUDABLES. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO
TRIGLICERIDOS	NORMAL	
COLESTEROL TOTAL	NORMAL	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
ESQUEMA VACUNACION COVID-19	COMPLETO	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	SIN RIESGO	
ANEXO ALTURAS	SI CUMPLE	

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones:

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

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

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

Sede Centro
Cra 44 N° 48 - 51
Plazuela San Ignacio
Medellín

Sede Poblado
Cra 48 B N° 16 Sur - 38
Sector Aguacatala
Medellín

(604) 216 1144

www.smsi.com.co
smsi@une.net.co

Medellín, Colombia

Información de Remisiones

NO

Consideraciones Jurídicas

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

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

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

Médico Especialista en Salud Laboral
MELYS JUDITH AMARANTO CONRADO
LIC. S 2016060090279 REG. 05 3

Firma y cédula del Paciente
JUAN ESTEBAN LONDONO ROMAN
Identificación: 1063161295

COOAPPYME®
Desde 1997
LICENCIA SZ019060049427

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

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

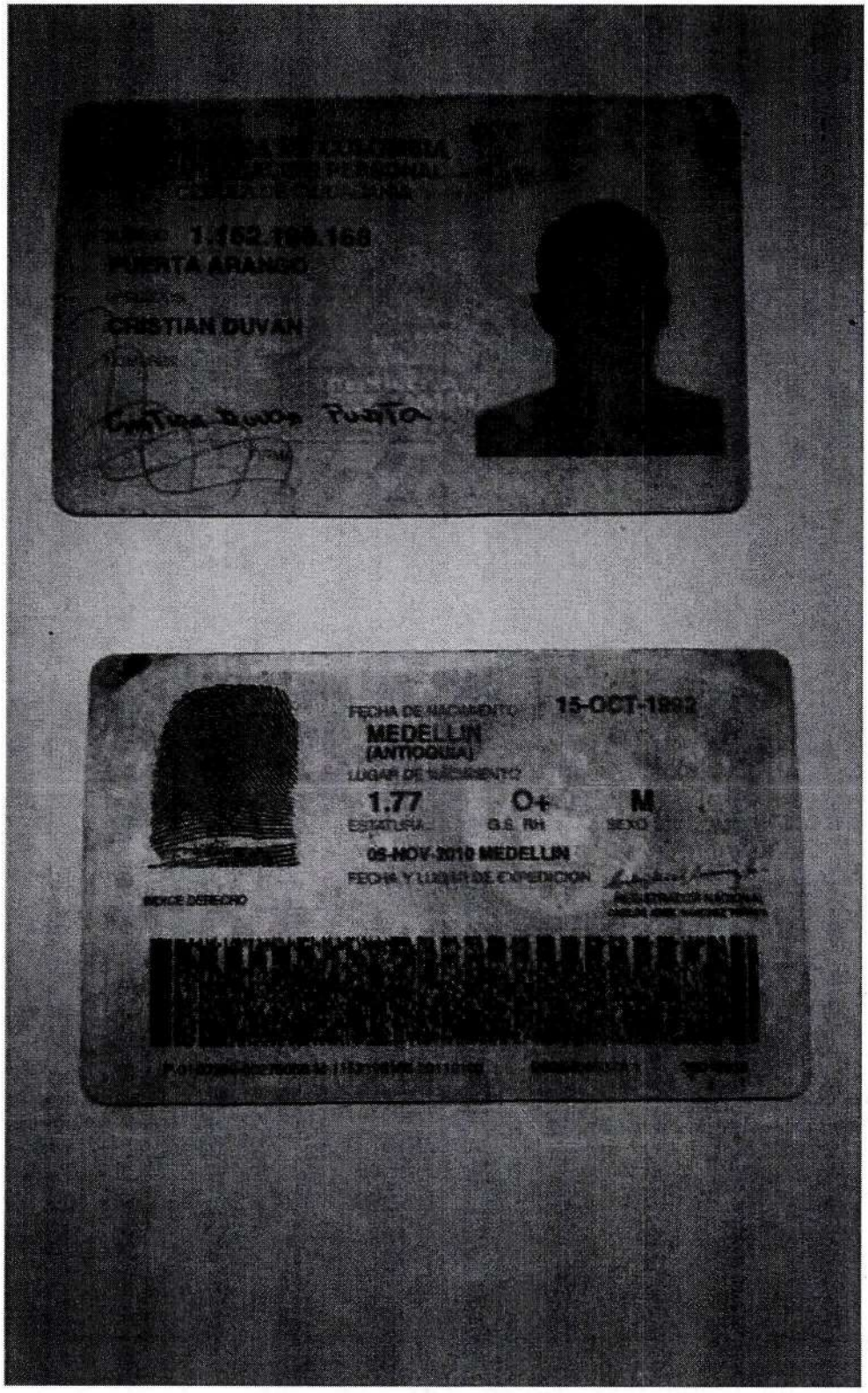
JUAN ESTEBAN LONDOÑO ROMA
D.I **1063161295**
REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Con una intensidad de (**20**) horas
Ministerio de Trabajo - Radicado 08SE2019220000000050143
Organismo Certificador ICONTEC CS - CER720759

CÓDIGO: 10318

FECHA DE CAPACITACIÓN:
07/05/2022 AL 08/05/2022
FECHA DE EXPEDICIÓN:
08 de Mayo de 2022
MEDELLÍN, COLOMBIA.

Entrenador
Lic. N° 2019060434128
ERICA JOHANNA MARTINEZ ARISTIZABAL

Luis Fernando Valencia T.
Representante Legal


1.152.188.168
PUERTA ARANGO
CRISTIAN DUVAN
15-OCT-1992
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
1.77
O+
M
08-NOV-2010 MEDELLIN
INDICE DERECHO

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-07-06, 01:05:55 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 64333313

Periodo Cotización: junio de 2023 **Periodo Servicio:** julio de 2023

PAGADO 06/07/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS CARLOS RAMOS SOTO		
Documento	NI8674012	**Dirección**	cl59b no 68-67 int 202
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4665716
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BELLO	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	RAMOS SOTO LUIS CARLOS	**Identificación**	CC 8674012
Total Afiliados	4	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 10050335	JHON FREDY SANCHEZ MOSQUERA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS010) EPS SURA	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1063716537	MANUEL ANTONIO MENDOZA AGAMEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.400.000	$ 224.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.400.000	$ 56.000	6,960	$ 1.400.000	$ 97.500	(CCF04) COMFAMA	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 433.500
CC 1152198168	CRISTIAN DUVAN PUERTA ARANGO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.400.000	$ 224.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.400.000	$ 56.000	6,960	$ 1.400.000	$ 97.500	(CCF04) COMFAMA	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 433.500
CC 78697143	RUFINO MANUEL VARILLA DIAZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 5.120.000	$ 5.120.000	$ 5.120.000	$ 5.120.000	$ 819.200	$ 204.800	$ 356.600	$ 204.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.585.400	$ 0	$ 1.585.400

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

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

EXPERTOS en PILA

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 05/09/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:	5452102 CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 8674012	LUIS CARLOS RAMOS SOTO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	333	06/09/2022	CC 1152198168	PUERTA ARANGO CRISTIAN	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase 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.

MBS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

0932DBE41204255AE72D09DDC07CB0B2

Certificado impreso el día 9/5/2022 10:17:39 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase 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

CRISTIAN DUVAN
PUERTA ARANGO
1152198168
LUIS CARLOS RAMOS SOTO
8674012

498

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 05/09/2022, el empleador LUIS CARLOS RAMOS SOTO identificado con NIT número 8674012 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4812964	05/09/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1152198168	CRISTIANDUVAN PUERTA ARANGO	1000000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2022-09-06

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Septiembre del año 2022.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CRISTIAN DUVAN PUERTA ARANGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1152198168,** se encuentra afiliado/a desde **09/08/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
NIT X CE PA RC TI	8674012		Rama Soto Luis	4665716		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CE PA RC TI	1152198168	Puerta	Bedoya	Cristian	Duvan	X 2 3 4 5	18 10 1992	F X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Cr 112 # 34B 58	Antioquia	Medellín		3467807		

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
X 2 3	$1.000.000	8	240	X 2	01 09 2022	AYUDANTE	SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI						F M	DD MM AAAA	1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Género	
CC CE PA RC TI					Cónyuge, Hijo, Hijastro, Padre/Madre, Hermano(a), Discapacidad	DD	MM	AAAA	Femenino	Masculino

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:

☐ Cuenta Personal Número de cuenta _____

Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente

Entidad financiera _____

☐ Tarjeta de afiliación

☐ Pago con documento de Identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulta las entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama http://WWW.COMFAMA.COM/. Declaro bajo gravedad de juramento que: toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indícanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extranjera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible. ☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama .com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail. protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección. Cra 45 N° 49 a 18 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	Cristian Puerta		

Cod 108 - V14

- Original (Comfama) - Cadena 1A

VIGILADO Superintendencia Subsidio

impulsado por CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
Certificado de aptitud: 1152198168-1162631

Fecha Cierre: 2/09/2022 9:43:28 a. m.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	02 sept. 2022 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	CRISTIAN DUVAN PUERTA ARANGO	**Identificación:**	1152198168
Género	MASCULINO **Edad:** 29	**Teléfono**	5467807 **Móvil:** 3218377021
Fecha Nacimiento:	15/10/1992	**Cargo:**	OFICIAL DE HIERRO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CR 112 34 B 58	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	LUIS CARLOS RAMOS SOTO	**Peso: 67 Talla: 166 IMC: 24**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	ANORMAL UNILATERAL SIN COMPROMISO DE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES	1. CONTROL PERIODICO, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		DIETA, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA UNA HORA MÍNIMO 4 VECES POR SEMANA. CAPACITACIÓN Y MANEJO ADECUADO DE CARGAS. ADECUADA POSTURA CORPORAL. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO CON EL SG SST DE LA EMPRESA. CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE. EVITAR HABITOS COMO TEJO, MUSICA A VOLUMEN ALTO, NO ESCUCHAR POR MAS DE DOS HORAS CONTINUAS AUDIFONOS, REALIZAR LIMPIEZA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO IZQUIERDO. SE RECOMIENDA ADEMÀS QUE ELIMINE TOTALMENTE EL HÁBITO DE FUMAR, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS. EVITAR AZUCARES PROCESADOS Y ALIMENTOS RICOS EN CARBOHIDRATOS.
TRIGLICERIDOS	ANORMAL NO LIMITANTE	
COLESTEROL TOTAL	NORMAL	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
ESQUEMA VACUNACION COVID-19	ESQUEMA COMPLETO	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	SIN RIESGO	
ANEXO ALTURAS	CUMPLE LOS CRITERIOS PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS.	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

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

Observaciones:

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

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

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

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS	VALORACIÒN POR MEDICO GENERAL EN SU EPS EN 3 MESES, REQUIERE ESTUDIO DE PERFIL LIPIDICO.-





Cristian Puerta

RODOLFO SERRATO BONILLA

Médico Especialista en Salud Laboral 255185/-05-10-2015 REG 306-200

CRISTIAN DUVAN PUERTA ARANGO 1152198168

Firma y cédula del Paciente

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 Cristian puerta con el cédula1152198168 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 oficial durante el tiempo que para su especialidad lo requiera la ejecución terminada en la cual , se dará por terminado el contrato de trabajo. 2° Ambas pares convienen en que este contrato estará los dos meses (2) iníciales de periodo de prueba a partir de 10/7/23 unilateralmente y sin aviso. De acuerdo a la ley. 3° Como remuneración por sus servicios el empleador pagara al trabajador la suma de 1400000 que se pagaran en periodos CATORCENA. Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente en forma habitual or mera libertad, por conceptos de primas, alimentación, bonificaciones por tareas, participación de utilidades, sumas estas que la conformidad con la ley 50/90 articulo 15 no se constituirán salarios ni como factor salarial, ya que se entiende que dichos pagos que son un medio para facilitar la prestación de servicios y para desempeñar a cabalidad las funciones. 4° El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por el empleador; además no podrá ocuparse al servicio de ningún otro empleador, ni negocios propios de ninguna índole. 5° el empleador podrá cambiar a su trabajador de un empleo u oficio a otro, siempre que este cambio no implique una desmejora económica al trabajador. 6° las horas extras de trabajo solicitado previamente por el empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagaran de acuerdo a la ley. 7° Escala de faltas y sanciones: Serán sancionables por parte del empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las sanciones legales b) al contrato de trabajo c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, D) a las funciones generales y especificas e) a los manuales de procedimientos internos, f) y en general a todas la instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometida por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, la gravedad de la falta y las reincidencias del trabajador, con las llamadas de atención escritas o con suspensiones hasta por 8 días la primera vez y hasta por dos meses en caso de reincidencia. 8° antes de aplicarse una sanción disciplinaria el patrono debe dar la oportunidad de ser oído tanto por el trabajador inculpando como oídos (2) representantes del sindicato al que pertenece. No producirá efecto alguno la sanción la sanción disciplinaria que se imponga permitiendo este trámite. 9° este contrato considera causa justa para ponerle termino unilateralmente las enumerada en el artículo 7° del decreto 2351/65. Además por parte del empleador las siguientes calificadas como grave a) la no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador , b9 el presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aun por la primera vez c) la violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) las desavenencias con sus compañeros de trabajo el abandonar el sitio de su labor sin permiso de sus superiores , f) la falta injustificada a una o más jornadas del sitio de trabajo completas . 10° cuando un trabajador sin justa causa de por terminada unilateralmente el contrato se pagaran al trabajador las indemnizaciones exigidas por la ley, de acuerdo al artículo 8°. Del decreto 2351/65. 11° se deja constancia de que el trabajador presta sus servicios a empleador en forma continua desde el día 9/7/23 haciendo constar que desde la fecha se han comenzado las obligaciones de la prestación y sus consecuencias

Carlos Ramos

LUIS CARLOS RAMOS

CC 8674012

Cristian Puerta

cristian puerta

cédula 1152198168

MINISTERIO DEL TRABAJO

Bogotá D.C., julio 10 de 2023

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que CRISTIAN DUVAN PUERTA ARANGO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1152198168, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE CAPCITACIÓN: COOAPPYME COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
ENTRENADOR : LUIS FERNANDO VARGAS ZULUAGA
SEDE DONDE SE FORMÓ: CENTRO DE CAPACITACIO
FECHAS DE FORMACIÓN: 10/09/2022 a 10/09/2022
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

MINISTERIO DEL TRABAJO

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día julio 10 de 2023

COOPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOYO
A LA PEQUEÑA, MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6
Calle 47 (Bomboná) Nº 40-24 / Medellín / Antioquia

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

REENTRENAMIENTO ALTURAS

CRISTIAN DUVAN PUERTA ARANGO

D.I. **1152198168**

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

Nit: 8674012
Arl: POSITIVA

Con una intensidad de (**8**) horas
Ministerio de Trabajo - Radicado 08SE2019220000000050143
Organismo Certificador ICONTEC CS - CER720759

CÓDIGO: 11639

FECHA DE CAPACITACIÓN:
01/09/2022 AL 04/09/2022

FECHA DE EXPEDICIÓN:
04 de Septiembre de 2022

MEDELLÍN, COLOMBIA.

Entrenador
Lic. N°2016060051187
LUIS FERNANDO VARGAS ZULUAGA

Luis Fernando Valencia T.
Representante Legal

COOPPYME®
Desde 1997
LICENCIA S2019060049427

COOPERATIVA MULTIACTIVA
DE APOYO A LA PEQUEÑA,
MEDIANA Y GRAN EMPRESA
NIT. 811.009.732-6
Calle 47 (Bomboná) Nº 40-24 / Med. / Ant.

CRISTIAN DUVAN PUERTA ARANGO
D.I. 1152198168
TRABAJO EN ALTURAS
REENTRENAMIENTO

CODIGO: 11639

04 de Septiembre de 2022

452

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.671.437**

VITOLA ROMERO
APELLIDOS

CARLOS MARIO
NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-1994**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-AGO-2012 PLANETA RICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0111700-01038384-M-1007671437-20180919 0062653622A 1 9905798990

COMAP S&J
CORPORACIÓN DE OPERADORES DE MAQUINARIA PESADA S.AS.
NIT: 901489226-5

CERTIFICA QUE:

CARLOS MARIO VITOLA ROMERO

C.C. 1.007.671.437 de Planeta Rica - Córdoba

Cumplió y aprobó satisfactoriamente el curso de:

OPERADOR DE MINICARGADOR BOBCAT SOBRE RUEDAS

Con una duración de 90 horas teórico-práctico

Sandra M. Perdomo Vargas
Directora General

30 sep 2022
Fecha

Jarlin Morales Mejia
Coordinadora Sede Medellin

Con base al Art. 2.6.6.8 del Decreto No. 1075 del 2015

453

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS MARIO VITOLA ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.671.437**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Agosto del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ARL | sura

Medellín, 10 de Agosto de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EQUIPOS ALKYCON SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OFICINA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007671437	VITOLA ROMERO CARLOS MARIO	17/01/2022		5CQN2159	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:C439849662222227682

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 10/08/2022 07:41:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.233.1.161, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

454

comfama

Medellín, 10 de Agosto de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Antioquia, Comfama

hace constar que:

Carlos Mario Vitola Romero con cédula 1007671437, se encuentra afiliado(a) a esta Corporación, en calidad de trabajador(a) dependiente por intermedio del empleador Equipos Alkycon S.a.s con nit. 900956301, desde el 17 de enero de 2022. Con fecha de ingreso a la empresa el 17 de enero de 2022, reportada por empleador al momento de la afiliación a Comfama.

Tiene el siguiente grupo familiar registrado:

Nombre	Parentesco
Juliana Echeverry Puerta	Hijastro
Yeremi Andres Vitola Gomez	Hijo
Maria Teresa Puerta Tapias	Cónyuge/compañero(a)

Se expide esta constancia a solicitud del empleador.

Cordialmente,

Sandra Isabel Palacio B.

SANDRA ISABEL PALACIO BETANCUR
Responsable Operación Afiliaciones

VIGILADO SuperSubsidio

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Carlos mario.

Apellidos: Vitola Romero

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1.007.671.437

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 03 Año 1994

455

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	26-03 2022	Janssen	201 G21Q	Acevedo	Ana Gabriela Gómez. C.C. 1152437811 Medellín Resolución 5-1631 T.P. Enfermería	
	3	10/8/22	Pfizer	PCA0090	Cruz Roja	Ana Teresa Quintero Martinez Auxiliar Enfermería Registro 05-2362-19 C.C. 1.036.646.522	

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **EQUIPOS ALKYCON SAS**, identificada con **NI** número **900956301**, aportó por el empleado **Carlos Mario Vitola Romero**, identificado(a) con **CC** número **1007671437** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **69001770** para el periodo de salud **2023-07** y pensiones **2023-06** de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	INDICA TARIFA PENSION	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
14-11	ARL SURA	1	0								X							0		30	$1.364.208		$95.000	$0	$0	Junio - 2023	69001770	06/07/2023	S
CCF04	Comfama Caja de Compensacio n Fliar	1	0								X							0		30	$1.364.208		$54.600	$0	$0	Junio - 2023	69001770	06/07/2023	S
230301	Porvenir	1	0								X							0		30	$1.364.208		$218.300	$0	$0	Junio - 2023	69001770	06/07/2023	S
EPS002	Salud Total EPS	1	0								X							0		30	$1.364.208		$54.600	$0	$0	Julio - 2023	69001770	06/07/2023	S

El presente certificado se expide a los 6 días del mes Julio de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

CONTRATO *INDIVIDUAL DE TRABAJO*

POR DURACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

FECHA DEL CONTRATO: Medellín, 13/09/2020

EMPLEADOR: EQUIPOS ALKYCON S.A.S
NIT: 900.956.301-1
DIRECCIÓN: CR 65 D # 25 – 49 Medellín (ANT)
TELÉFONO: 351 07 59

EMPLEADO:	**CARLOS MARIO VITOLA ROMERO**
CÉDULA	**1.007.671.437 (PLANETA RICA)**
DIRECCIÓN:	Calle 103 # 45 32
TELÉFONO:	3024600939 5228627
OBRA O LABOR CONTRATADA:	OPERARIO COMPRESOR SEGÚN LABOR CONTRATADA CONSORCIO FARALLONES
LUGAR OBRA:	MUNICIPIO DE LA PINTADA (ANTIOQUIA)
CARGO U OFICIO:	OPERARIO
SALARIO:	877.803
PERÍODO DE PAGO:	QUINCENAL
FECHA INICIO LABORES:	13 DE SEPTIEMBRE DE 2020

Entre el EMPLEADOR y el EMPLEADO, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo por duración de la obra o labor contratada, regido además por las siguientes cláusulas:

1. El trabajador se compromete a colocar al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el oficio arriba mencionado, durante el tiempo que para su especialidad de trabajo lo requiera la ejecución del 80% de la obra ya mencionada, la cual terminada automáticamente dará por terminado el presente contrato. Al momento del consorcio farallones decida devolver el equipo (compresor) se dara por terminada la relación laboral causada por este contrato.
2. Ambas partes convienen en que este contrato estará los dos (2) meses iniciales de período de prueba a partir de la fecha de inicio de labores. Además durante estos dos meses cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato unilateralmente sin aviso, de acuerdo a la Ley.
3. *Los dineros que el trabajador reciba ocasionalmente o en forma habitual, o por mera liberalidad, por concepto de* primas, alimentación, viáticos, bonificación por las tareas, participación de utilidades no constituirán salario, ni se computarán como factor salarial de acuerdo a los artículos 15 y 16 de la Ley 50/90, ya que se entiende que dichos pagos son un medio para facilitar la prestación del servicio y para desempeñar a cabalidad las funciones.

El trabajador se obliga a ejecutar su oficio con el debido cuidado y diligencia de acuerdo a las instrucciones dadas por 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 no implique una desmejora económica al trabajador.
6. Las horas extras de trabajo solicitados previamente por Empleador después de haber sido laborada la jornada máxima legal, se pagarán de acuerdo a la Ley.
7. Escala de faltas y sanciones: Serán sancionadas por parte del Empleador las violaciones por parte del trabajador a: a) A las disposiciones legales, b) Al contrato de trabajo, c) A las prescripciones de orden, obligaciones y prohibiciones del trabajador, d) A las funciones generales o específicas, e) a los manuales de funciones y procedimientos internos, f) Y en general a todas las instrucciones impartidas por el empleador. Las violaciones cometidas por el trabajador, por acción u omisión, negligencia o descuido a los anteriores preceptos y que no constituyan justas causas para dar por terminado el contrato de trabajo, serán sancionables de acuerdo a las circunstancias, gravedad y las reincidencias del trabajador, con llamadas de atención escritas, o con suspensiones hasta por ocho (8) días la primera vez y hasta dos meses en caso de reincidencia.
8. Este contrato considera justas causas para ponerle término unilateralmente las enumeradas en el artículo 7° del Decreto 2351/65. Además por parte del empleador las calificadas como graves: a) La no asistencia puntual al trabajo dos veces sin excusa suficiente a juicio del empleador. b) El presentarse al trabajo en estado de embriaguez o ingerir bebidas alcohólicas o drogas alucinógenas, enervantes en el sitio de trabajo, aún por primera vez, c) La violación por parte de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias, d) Las desavenencias con sus compañeros de trabajo, e) El abandonar el sitio de trabajo sin permiso de sus superiores, f) La falta injustificada a juicio del Empleador a una o más jornadas de trabajo completas.

EMPLEADOR,

TRABAJADOR (A),

Natalia Carvajal G

EQUIPOS ALKYCON S.A.S

NATALIA CARVAJAL GIRALDO
REPRESENTANTE LEGAL

1007671437

457

Salud en el trabajo / comfama

COMFAMA
Prestador: 056310556869
Nit: 890900841
Dirección: CALLE 48 # 43 -87
Teléfono: 3607080
Email: email@comfama.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR, ALTURAS, RIESGO VISUAL

Información General

Fecha impresión:	SABANETA - 2023/02/13	Nro Ingreso	20230213023934
Paciente:	CARLOS VITOLA ROMERO	Sede:	CIS COMFAMA SABANETA NORTE
CC:	1007671437	Convenio:	CONTRATO No 7093: EQUIPOS ALKYCON S.A.S.
Edad:	28 años	Cargo:	OPERADOR
Género:	Masculino	Fecha Ingreso:	2023-02-13 07:13:09
Tipo Evaluación:	EXAMEN PERIODICO	Fecha Salida:	2023-02-13 08:02:37
Orígen:		Destino:	



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNACIÓN
VISIOMETRÍA			
ALTURAS			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXÁMEN PERIODICO:	**CUMPLE LOS REQUERIMIENTOS MÉDICOS PARA EL CARGO**
OBSERVACIONES:	SIN OBSERVACIN
ÉNFASIS - OSTEOMUSCULAR:	NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES AL EXÁMEN OSTEOMUSCULAR SEGÚN LAS PRUEBAS GATISO.
ÉNFASIS - ALTURAS:	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS - RIESGO VISUAL:	CUMPLE CON EL PERFIL - RIESGO VISUAL

Recomendaciones Generales

- ☑ Exámen Periódico Ocupacional
- ☑ Pausas Activas
- ☑ Higiene Postural
- ☐ Realización Pruebas Complementarias
- ☑ Uso de E.P.I.
- ☐ Remitir a EPS
- ☐ Continuar Manejo Médico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educacin en higiene visual. Uso de proteccin visual segn tipo de exposicin. Adecuada iluminacin del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Trabajo en Alturas:	Capacitacion y certificacion en alturas

Recomendaciones Específicas y/o Restricciones.

Seguir lineamientos emitidos desde SST de la empresa Realizar pausas activas, estilos de vida saludable, higiene postural Uso de elementos de proteccin individual en caso de requerirlos

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de COMFAMA.

Alvaro Yepes A.

Dr. Alvaro Yepes A.
Esp. Salud Ocupacional
FUMC
Reg. S 2019060432521

Carlos V.

Profesional Ocupacional: ALVARO DE JESUS YEPES ALVAREZ
Registro M.D: 425994
Licencia S.O: 2019060432521

Firma del Paciente: CARLOS VITOLA ROMERO
Identificación: C.C. - 1007671437

Creado por www.isismaweb.com - Todos los derechos reservados

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SST	Código: RG-EPP-07
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN	Versión: Original
		Fecha: 03/01/2022

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del empleado	Carlos Mario Vitola Romero	C.C.	1007671437	Proceso:	MANTENIMIENTO
Cargo	OPERARIO	Fecha vinculación:		Jefe inmediato:	JUAN ESTEBAN MARTINEZ

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Se evaluará si la persona ha sido capacitada; SI=S, NO=N y en la casilla **UND** relacionar la cantidad entregada.

	FECHA DE ENTREGA	Gafas de seguridad		Protección auditiva		Guantes de Vaqueta		Botas de seguridad		Camisa dotación		Pantalón dotación		Delantal de carnaza		Casco de seguridad		Tapabocas		Otro:		Otro:		FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIONES
		S/N	UND	S/N	UND	S/N	UND	S/N	UND	S/N	UND	S/N	UND	S/N	UND	S/N	UND	S/N	UND	S/N	UND	S/N	UND		
1	24/10/22							S	1																Talla 42.
2	31/01/23									X	1	X	2.											Carlos	Camisa manga larga y 2 jean.
3	14/03/23							S	1	X	2													Carlos	Botas y camiseta.
4	05/06/23									X	2	X	2							X	1				
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

Nombre completo:	Daniela Velez Donado.	CC	1152459058	Cargo	Admon	Firma:	Daniela Velez

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

En aplicación de lo dispuesto en Ley 9 de 1979, artículos 122, 123, y 124, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección personal:

A - Utilizar y cuidar correctamente los equipos de protección individual.

B - Colocar el equipo de protección individual después de su utilización en el lugar indicado para ello.

C - Informar al área Seguridad y Salud en el Trabajo cualquier defecto, anomalía o daño apreciado en el equipo de protección individual utilizado que, a su juicio, pueda entrañar una pérdida de su eficacia protectora.

Decreto 1295 de 1994, artículo 91: Establece la obligatoriedad del uso de los Elementos de Protección Personal. El no uso de los mismos puede ser causal de despido.

Nombre completo del empleado:	Carlos Vitola	CC	1007671437	Firma:	

458

Salud Total EPS

Bogotá, Agosto 10 de 2022

Señor:
VITOLA ROMERO CARLOS MARIO
CC. 1007671437
CL 103A 45 32 IN 350 SANTA CRUZ - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 25 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
VITOLA ROMERO CARLOS MARIO	1007671437	C	Oct-25-2017	56	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
VITOLA GOMEZ YEREMI ANDRES	1040514291	T	Oct-17-2019	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALDECCO SAS	1007671437	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES CMC SAS	1007671437	Dependiente	VIGENTE
CONSTRUCTORES PATIÑO LTDA	1007671437	Dependiente	CERRADO
EQUIPOS ALKYCON SAS	1007671437	Dependiente	CERRADO
EQUIPOS ALKYCON SAS	1007671437	Dependiente	VIGENTE
UNION TEMPORAL CONEXION INDEPENDENCIAS	1007671437	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

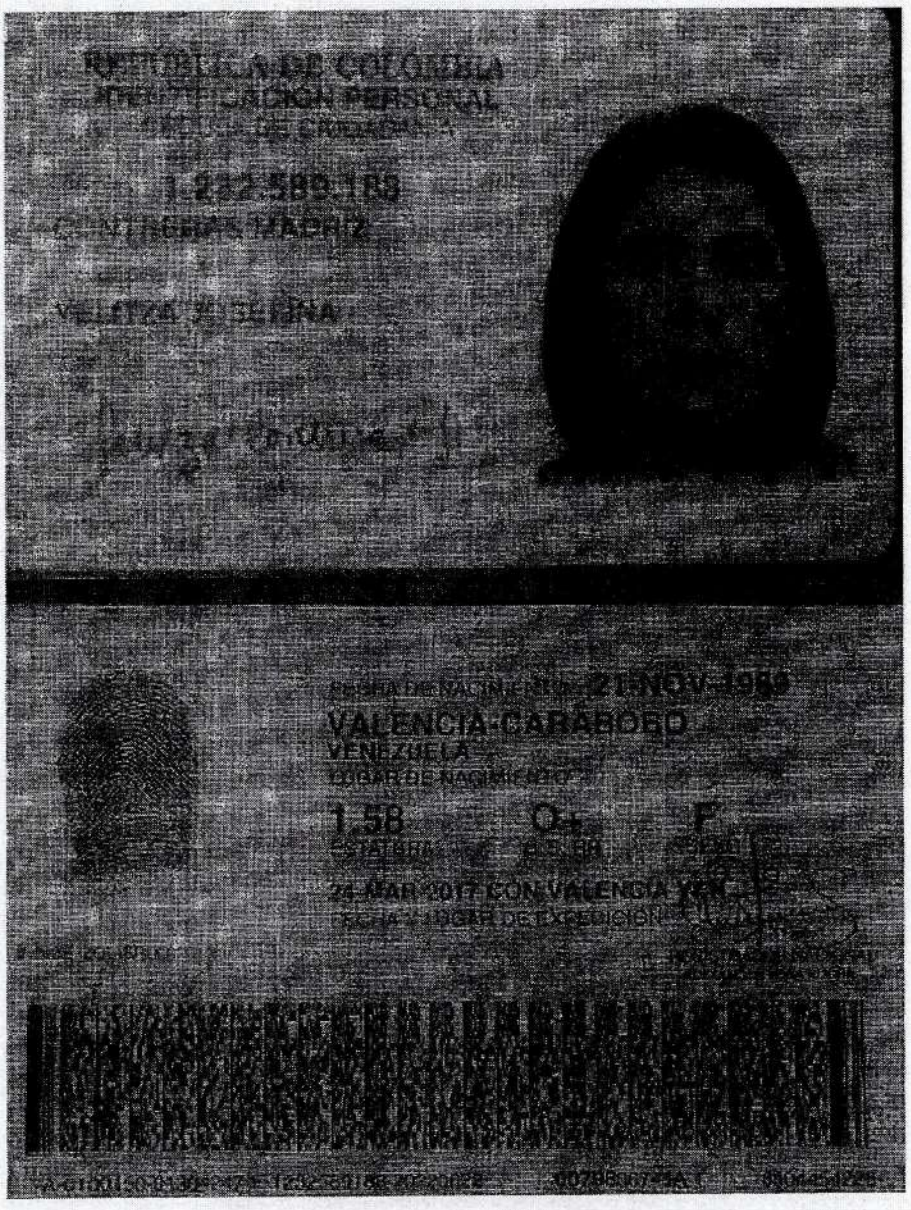
En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos


1.222.588.188
VALENCIA-CARABOBO
VENEZUELA
1,58
Q+
F
24 MAR 2017 CON VALENCIA YEN

ARL | sura

Medellín, 21 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, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL ANTIOQUIA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1232589188	CONTRERAS MADRIZ YELITZA JOSEFINA	21/06/2023		N2472079	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:C438367952317226439

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/06/2023 07:20:39.
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, 198.143.41.12, 172.16.42.57

460

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/06/2023, el empleador CONSORCIO PITA 7 identificado con NIT número 901646363 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
5871336	21/06/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1232589188	YELITZAJOSEFINA CONTRERAS MADRIZ	1160000	AUXILIAR DE DESPACHOS	2023-06-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Junio del año 2023.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YELITZA JOSEFINA CONTRERAS MADRIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1232589188,** se encuentra afiliado/a desde **11/07/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de junio de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

194

comfama

Registro de afiliación individual

CONSORCIO PITA 7 | NIT 9016463631 | Envío exitoso No. 569667

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 1232589188	YELITZA JOSEFINA CONTRERAS MADRIZ	21/11/1969	Femenino	Soltero/a

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Teléfono fijo:	Correo electrónico:
Antioquia	Medellin	CL 51 # 53 - 28 INT 508	3135645520		yelitzacontrerasmadriz@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	240	21/06/2023

VIGILADO Supersubsidio

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.775

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	06 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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

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

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

CONTRERAS MADRIZ YELITZA JOSEFINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	53 AÑOS	CC	1232589188
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	EPS	AFP	ARL
AUXILIAR VIAL	LA NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA
	Estudios: TÉCNICO		

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	HEMOCLASIFICACIÓN
VISIOMETRÍA	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : DURANTE LA JORANADA LABORAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NORMAS DE AUTOCUIDAD Y SEGURIDAD

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

Médico

Firma:

Nombre: CORTES CORTES CARMENZA DEL ROCIO

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

Código de Seguridad
Y50E1K32775

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CONTRERAS MADRIZ YELITZA JOSEFINA

CC: 1232589188

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

462

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

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

Código de Seguridad
T50Z57F32775



N° 32775

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	06 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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

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

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CONTRERAS MADRIZ YELITZA JOSEFINA	FEMENINO	53 AÑOS 6 MESES 25 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1232589188

Cargo
AUXILIAR VIAL

TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO

RECOMENDACIONES HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

RECOMENDACIONES MEDICAS

USAR MEDIAS ANTIVÁRICES: DURANTE LA JORANADA LABORAL, USAR CORRECCIÓN VISUAL: PERMANENTE, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

Datos del Médico:

Dr. Edgar Cortes Cortes

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

Responsable del SG-SST:

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha:

Recibido por el trabajador o apirante:

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha:

CONSORCIO PITA 7

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

EMPLEADOR	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: **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: YELITZA JOSEFINA CONTRERAS MADRIZ **C.C. N°: 1.232.589.188** **DIRECCIÓN: CALLE 51# 53- 28 INT 508** **FECHA DE NACIMIENTO: 21 DE NOVIEMBRE 1969** **CORREO ELECTRONICO: yelitzacontrerasmadriz@gmail.com** **CELULAR: 313 564 5520** **SALUD: NUEVA EPS** **PENSIÓN: COLPENSIONES** **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: 26/06/2023**
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:

CONSORCIO PITA 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 **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

(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 porciento (40%) de la remuneración, del artículo 30 de la ley 1393 del 2010. Lo anterior acogiéndose al artículo 128 del Código Sustantivo de Trabajo y a la Sentencia del Consejo de Estado numero 201602496 (25185).

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

SEXTA: PERIODO DE PRUEBA Y TIPO DE CONTRATO: El presente contrato es por obra o labor, entendiendo que es de acuerdo a su perfil, es decir, el contrato termina cuando la labor para la cual fue contratado sea terminada y no cuando la obra o el contrato con el cliente termine, con un periodo de prueba de 60 días.

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 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

CONSORCIO PITA 7

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 indefina cuando este vínculo finalice, así como a estar dispuesto para la realización de revisiones e investigaciones cuando sea necesario a fin esclarecer cualquier situación, por lo cual el **EMPLEADOR** podrá ejercer las acciones que estime necesarias en términos legales, como pruebas y revisiones de seguridad, cuando se demuestre la falta a esta obligación sin considerar esta acción como una violación de sus garantías constitucionales. Así mismo, **El TRABAJADOR** declara conocer y entender la **POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN** de la empresa, entendiendo por ésta un compendio de buenas prácticas para el correcto uso y protección de la información. Se declara por parte del **EMPLEADOR** y el **TRABAJADOR** que las demás cláusulas del contrato de trabajo suscrito inicialmente y sus adicciones, continuarán vigentes.

Para constancia de todo lo anterior, se firma el presente documento en dos (2) ejemplares, uno de los cuales se entrega a **EL TRABAJADOR**, en este acto, en el Municipio de Medellín, el 26/06/2023.

RICARDO GUERRA BARRIENTOS
Representante Legal

YELITZA J. CONTRERAS M.
C.C. 1.232.589.188



Yelitza Contreras Madriz

C.C. N° 1.232.589.188
Valencia, Estado Carabobo (Venezuela), 21 de Noviembre de 1969
Cll.51 Crr.53 #28 Interno 508 Edif. De Greiff. Av. De Greiff. Fte. Pque. De Botero
Medellín Antioquia
Telef: 313-5645520 / Email: yelitzacontrerasmadriz@gmail.com

Perfil

Facilidad de expresión, capacidad de análisis, comprensión e interpretación, sociable, responsable y creativa en la búsqueda de soluciones enfocadas a los objetivos de la empresa y satisfacción del cliente interno y externo, a nivel operativo y administrativo. Capacidad de asesorar y responder los requerimientos deinformación a través de atención telefónica y presencial, con excelente manejo del ordenador, organización de documentos y atención a los detalles en pro de beneficiar el entorno laboral.

Formación Académica

1991 *Bachiller en Ciencias*. Unidad Educativa Privada Bello Monte.

Curso Complementario

- Auxiliar de Transito (Julio 2019)
- Contabilidad Básica Superior Centro de Contadores. MS DOS, Lótus 123- WordStar –Quatro Pro
- Word Perfect. DIPE. C.A.

Referencia Laboral

Consorcio Andres2020 - Grupo Dirteco S.A.S
(Proyecto Contención y Mitigación en: Altos del Poblado, Cerro Nutivara, Popular #2, Picachito, La Avanzada Sto. Domingo)
Medellín Antioquia
Cargo: Auxiliar de Transito / Auxiliar Ambiental
Periodo: Desde: Septiembre 2022 / Hasta: Diciembre 2022
Jefe Inmediato: Ing. Carlos Cifuentes
Teléfono de Contacto: 4116143- Cel 310-2832481

Consorcio y Mantenimiento G1 (Proyectos Est. Policía San Javier y La Candelaria) Medellín Antioquia
Cargo: Auxiliar de Transito / Auxiliar Ambiental
Periodo: Desde: Abril 2022/ Hasta: Julio 2022
Jefe Inmediato: Ing. Juan David Diaz
Teléfono de Contacto: Cel 300-2213772

Grupo Dirteco S.A.S (Proyecto Urgencias Manifiestas Av. Las Palmas) Medellín Antioquia
Cargo: Auxiliar de Transito
Periodo: Desde: Agosto 2022 / Hasta: Septiembre 2022
Jefe Inmediato: Ing. Pilar Barajas
Teléfono de Contacto: 4116143- Cel 301-7113696

Consorcio AJJ VIAS CAE (Proyecto Comunas 7,8,9,13,15 y Universidad de Antioquia) Medellín Antioquia
Cargo: Auxiliar de Transito / Auxiliar Ambiental
Periodo: Desde: Marzo 2021/ Hasta: Noviembre 2021
Jefe Inmediato: Arq. Karem Hernández Burgos
Teléfono de Contacto: 4116143- Cel 301-3553958

Construcciones JC (Proyecto Belén La Mota) Medellín Antioquia
Cargo: Auxiliar de Transito
Periodo: Desde: Enero 2022 / Hasta: Marzo 2022
Jefe Inmediato: Ing. Juan Carlos López Herrera
Teléfono de Contacto: 314-4769772

Consorcio Santiago Mantenimiento Fachadas –(Proyecto Edificios Considerados Patrimonio Nacional)
Medellín Antioquia / Cargo: Auxiliar de Transito
Periodo: (3 Meses) Julio 2020 / Octubre 2020 Jefe Inmediato: Arq. Karem Hernández Burgos
Teléfono de Contacto: 4116143 - Cel 301-3553958

Cálculo y Construcciones S.A.S (Proyecto Urbano Calle 104 Pedregal)
Cargo: Auxiliar de Transito
Periodo: Desde: Noviembre 2020/ Hasta: Marzo 2021
Jefe Inmediato: Ing. Santiago Garcés / Ing. Angelo Atehortua
Teléfono de Contacto: 5604850

Consorcio Payara Ciclorutas
(Proyecto Quebrada Ana Díaz) Medellín Antioquia
Cargo: Auxiliar de Transito
Periodo: Julio 2019/ Septiembre 2019
Jefe Inmediato: Ing. Leydi Katerine Valencia
Teléfono de Contacto: 6041072 – PAECIA- GUINCO S.A.S

Consorcio Rois Mejoramiento Vial Comuna 14
(Proyecto Av. Poblado, Montesori San Lucas)
Medellín Antioquia
Cargo: Auxiliar de Transito
Periodo: Septiembre 2019/ Febrero 2020
Jefe Inmediato: Ing. Jhon Freddy Loaiza
Teléfono de Contacto: 6041072 -PAECIA – GUINCO S.A.S

Ventuari 4WD Center C.A
Cargo: Asistente Administrativo / Contable
Periodo: (10 años) Marzo 2010/ Marzo 2019 Jefe inmediato: Félix Pérez
Teléfono de contacto: +582418679078

ThyssenKrupp Elevadores C.A.
Cargo: Asistente a la Gerencia de Servicios.
Periodo: (10 años y 1 mes) Noviembre 1999/ Diciembre 2019
Jefe inmediato: Carlos Rivera.
Teléfono de contacto: +582418716524 / +582418718004.

Experiencia Laboral

- Seguridad peatonal y vehicular en zona restringida adyacente a las obras
- Asistir, coordinar y ejecutar tareas administrativas, contables y gerenciales.
- Cubrir y apoyar el área de recepción (control de entrada, salida y atención de visitantes).
- Atender a clientes de forma presencial, telefónica y virtual.
- Gestionar el correo general de la oficina (entrada y salida de correspondencia).
- Manejar y actualizar permanentemente el directorio telefónico general.
- Transferir llamadas al departamento correspondiente.
- Realizar reservaciones y presupuestos.
- Redactar, transcribir, digitalizar y distribuir documentos.
- Almacenar, organizar y administrar archivos.
- Analizar facturas de proveedores y procesarlas para el pago respectivo.
- Gestionar recibos de pago y conciliaciones bancarias.
- Manejar el Libro auxiliar de bancos y libro de compra y venta
- Suministrar artículos de papelería y limpieza a los departamentos correspondientes bajo notas decontrol de inventario.
- Manejar información confidencial e importante con entera discreción.
- Elaborar nomina cheques con sus respaldos.
- Realizar reportes que arroje el personal de mantenimiento.
- Analizar y controlar cuentas por cobrar y por pagar.
- Gestionar declaraciones de IVA, Impuestos Municipales, Seguridad Social On Line

Referencias Personales

Leydi Katerine Valencia
Ingeniero Ambiental
312-8937391

Juliana Restrepo
Prof. Social
321-7336884

Karem Hernández Burgos
Arquitecto
301-3553958

Alcaldía de Envigado

La Secretaria de Movilidad

Certifica que:

YELITZA JOSEFINA CONTRERAS MADRIZ
Con C.C. 1232589188

Asistió y participó en el "Curso de Educación 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 Gavina Zapata
Agente de Movilidad
Secretaria de Movilidad Envigado

Envigado, 12 de julio de 2019

vivir mejor
UN COMPROMISO CON ENVIGADO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.066.744.230
CANTILLO PEREZ
APELLIDOS
MARTIN ANDRES
NOMBRES
Martín Cantillo
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1994
PLANETA RICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-JUN-2012 PLANETA RICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1302800-01058683-M-1066744230-20100320 0064*90261A 1 52955406

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 15 de Julio 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.

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: 0000000002 OBRAS			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96%		
C1066744230	CANTILLO PEREZ MARTIN ANDRES	15/07/2023		17623327	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:C10667442302319632819

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/07/2023 09:06:59.
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, 198.143.41.12, 172.16.42.57

968

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010575939	1|5|0|7|2|0|2|3

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ / B. Institucional ☐ / B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CANTILLO (Primer apellido)	PEREZ (Segundo apellido)	MARTIN (Primer nombre)	ANDRES (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1066744230	Femenino ☐ Masculino ☒	1|2|0|5|1|9|9|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo ☐	Condicion ☐		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 52 SUR N 66	4444017	3152687367	CANTILLO.MARTIN2019@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GUINCO S A S	NIT	900336649	01

39.Ubicacion				
Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 76 3 38	4444017	AUXILIAR1OFICINAINGENIEROS@GMAIL.COM	MEDELLIN	ANTIOQUIA

No de Radicacion
4010575939

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la Identificación				
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad ☐	Número documento de Identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42.Fecha 1|5|0|7|2|0|2|3
43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código: ☐	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49.☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Martin Cantillo

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

IX.ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
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.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARTIN ANDRES CANTILLO PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.066.744.230**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Julio 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

GUERRA INGENIEROS CONTRATISTAS S.A.S. | NIT 9003366497 | Envío exitoso No. 630576

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 1066744230	MARTIN ANDRES CANTILLO PEREZ	12/05/1994	Masculino	Unión Libre

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Teléfono fijo:	Correo electrónico:
Antioquia	Medellin	CR 50 # 100 - 63 INT 113.	3152667367		cantillo.martin2019@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	240	15/07/2023

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 33.783

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	07 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICA OSTEOMUSCULAR

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

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

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

CANTILLO PEREZ MARTIN ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	39 AÑOS	CC	1066744230
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

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

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	EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICA OSTEOMUSCULAR
VISIOMETRÍA	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NORMAS DE AUTOCUIDADO YSEGURIDAD

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

Médico

Firma:

Nombre: CORTES CORTES CARMENZA DEL ROCIO

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

Código de Seguridad
A50G1M33783

Aspirante o Trabajador

Firma:

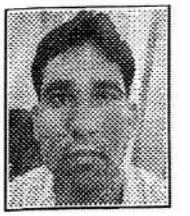
Nombre: CANTILLO PEREZ MARTIN ANDRES

CC: 1066744230

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

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

Código de Seguridad
H50N57T33783



N° 33783

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	07 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICA OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
CONSORCIO PITA 7	CONSORCIO PITA 7
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CANTILLO PEREZ MARTIN ANDRES	MASCULINO	39 AÑOS 2 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1066744230 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO

RECOMENDACIONES MEDICAS

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

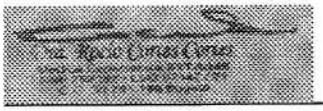
RECOMENDACIONES HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

Datos del Médico:



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

Responsable del SG-SST:

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha:

Recibido por el trabajador o apirante:

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha:

GUINCO S.A.S.
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: MARTIN ANDRES CANTILLO PEREZ **C.C. N°: 1.066.744.230** **DIRECCIÓN: CARRERA 50# 100- 63 INT 113** **FECHA DE NACIMIENTO: 12 DE MAYO 1994** **CORREO ELECTRONICO: cantillo.martin2019@gmail.com** **CELULAR: 3152667367** **SALUD: SALUD TOTAL** **PENSIÓN: PORVENIR** **NÚMERO DE CUENTA PAGO DE NOMINA:**	
NACIONALIDAD: COLOMBIANO	**PROFESIÓN U OFICIO:** INGENIERA AMBIENTAL
CONDICIONES ESPECIALES	
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR: MEDELLÍN	**LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁN LAS LABORES:** ALCANTARILLADO PITA7 - FLORIDA
CARGO QUE DESEMPEÑARÁ EL TRABAJADOR: AYUDANTE DE OBRA	**REMUNERACIÓN:** SALARIO MENSUAL: $ 1.1160.000 AUXILIO DE TRANSPORTE MENSUAL: $ 140.606
PERIODOS DE PAGO: QUINCENAL	**FECHA DE INICIO DE LABORES: 17 de julio de 203**
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

Powered by CamScanner

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

SEGUNDA: CARGO: EL EMPLEADOR contrata a **EL TRABAJADOR** para que desempeñe el cargo de **AYUDANTE DE OBRA**, labor esta, que se obliga a desarrollar en la **ALCANTARILLADO PITA 7 - FLORIDA**, sin embargo, **EL TRABAJADOR** acepta expresamente desde el mismo momento en que suscribe el presente contrato los traslados que **EL EMPLEADOR** le comunique, siempre que dichos traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración de **EL TRABAJADOR**, o impliquen perjuicios para ella. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por **EL EMPLEADOR** de conformidad con el artículo 57 numeral 8° del Código Sustantivo del Trabajo. **EL TRABAJADOR** se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida **EL EMPLEADOR** en desarrollo de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales de **EL TRABAJADOR** y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos de **EL TRABAJADOR**, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la ley 50 de 1990.

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

CUARTA: JORNADA DE TRABAJO: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada ordinaria convenida en las horas señaladas por **EL EMPLEADOR** dentro de este contrato o dentro del Reglamento Interno de Trabajo, pudiendo este último hacer ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente, sin que dichos cambios afecten la estabilidad laboral de **EL TRABAJADOR.** Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, siempre que estas así lo dispongan, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la ley 50/90, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la respectiva jornada no se computan dentro de la misma, tal como lo determina el artículo 167 ibídem. Tampoco se computarán y por lo tanto no harán parte de la jornada laboral, los demás descansos adicionales que se determinen dentro del presente contrato o en el reglamento interno de trabajo, otorgados libremente por **EL EMPLEADOR** a sus trabajadores, pues los mismos, se otorgan a estos últimos para que libremente dispongan de ellos, para tomar o ingerir alimentos, bebidas, refrigerios, estiramientos, satisfacer necesidades personales o fisiológicas, entre otros, de tal manera, que durante los descansos concedidos no se presta el servicio ni mucho menos se está a disponibilidad de **EL EMPLEADOR**. De igual manera, **EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR,** acuerdan que la jornada semanal de **CUARENTA Y OCHO** horas, es la acordada por las partes, la cual se realizará mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en máximo seis días a la semana con un día de descanso obligatorio, que podrá coincidir con el domingo, en esta, el número de horas de trabajo diario podrá repartirse de manera variable durante la respectiva semana y podrá ser de mínimo cuatro (4) horas diarias continuas y hasta diez (10) horas diarias continuas sin lugar a ningún recargo por trabajo suplementario, cuando el número de horas de trabajo no exceda las cuarenta y ocho (48) horas, literal "d" del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por la ley 789/2002 artículo 51.

PARÁGRAFO PRIMERO: EL EMPLEADOR y EL TRABAJADOR, acuerdan que, en el presente contrato, se determina como día de descanso obligatorio semanal, el día **DOMINGO,** razón por la cual **EL TRABAJADOR** no prestará el servicio en ese día; en caso

Powered by CamScanner

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 porciento (40%) de la remuneración, del artículo 30 de la ley 1393 del 2010. Lo anterior acogiéndose al artículo 128 del Código Sustantivo de Trabajo y a la Sentencia del Consejo de Estado numero 201602496 (25185).

Powered by CamScanner

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 es por obra o labor, entendiendo que es de acuerdo a su perfil, es decir, el contrato termina cuando la labor para la cual fue contratado sea terminada y no cuando la obra o el contrato con el cliente termine, con un periodo de prueba de 60 días.

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

Powered by CamScanner

antecedente sustentado en cualquier tipo de soporte que constituya información confidencial o secreta.

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

Para constancia de todo lo anterior, se firma el presente documento en dos (2) ejemplares, uno de los cuales se entrega a **EL TRABAJADOR,** en este acto, en el Municipio de Medellín, el FECHA DD/MM/AA.

RICARDO GUERRA BARRIENTOS
Representante Legal

Martin Cantillo Perez.
MARTIN ANDRES CANTILLO PEREZ
C.C. 1.066.744.230

Powered by CamScanner



MARTIN ANDRES CANTILLO PEREZ

Edad: 27
Carrera 50ª #100-63 int 113, Medellin-Colombia
Cel: 3152667367
E-mail cantillo.martin2019@gmail.com:

ESTUDIOS

Año **Bachiller Academico**
Ciudad-País *Colegio Militar Jose Maria Cordoba (Planeta Rica)*

IDIOMAS

Español: Natal

EXPERIENCIA LABORAL

De 03/04/2019 a 14/09/2019 (Medellin)
NOMBRE DE LA EMPRESA,
Cargo ocupado AYUDANTE AVENZADO
Tareas realizados: doblar, trazar y cortar diferente piezas en hierro
Para realizar las diferentes actividades

De 15/10/2019 a 30/04/2021 (Medellin)
CONSORCIO ABURRA SUR,
Cargo ocupado AYUDANTE DE OBRA
Tareas realizados: auxiliar a los oficiales a desarrollar las
Diferentes tareas.

De 03/09/2021 a 12/01/2022 Ciudad-País)
CONSORCIO SEGURIDAD MED,
Cargo ocupado AYUDANTE AVANZADO
Tareas realizados: doblar, trazar y cortar diferente piezas en hierro
Para realizar las diferentes actividades

REFERENCIAS LABORALES

JOSE CASTRILLON
CONSORCIO ABURRA SUR

Cargo: Oficial de Obra
Teléfono 3234593000

DOMINGO GUZMAN
CONSIRCIO SEGURIDAD MED
Cargo: SST
Teléfono 3046520020

NIVER MENDEZ
CONSORCIO ABURRA SUR
Cargo Oficial de Obra
Teléfono 3138695836

REFERENCIAS PERSONALES

LIDIS HERRERA
CUÑADA (Medellin)
Ocupación: Niñera
Teléfono3205190779

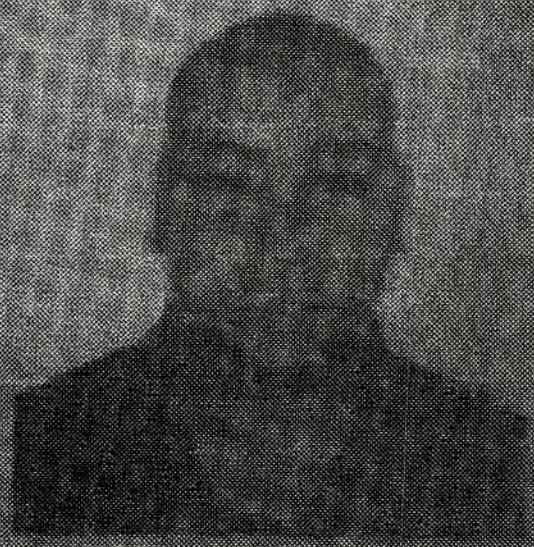
JORDAN SANCHEZ
Amigo (Medellin)
Ocupación Instructor de trabajo seguro en altura
Teléfono 3007028567

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

71.396.421

CANO DURANGO

FRANCISCO FERNEY



Fecha Cano

Dactilar Ocho
F 11-3-7

10-AGO-1976

FECHA DE NACIMIENTO

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

30-NOV-1994 CALDAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Powered by CamScanner

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 15 de Julio 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%
C71396421	CANO DURANGO FRANCISCO FERNEY	15/07/2023		20714112	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:C7139642123196302 39

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/07/2023 08:23:57.
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, 198.143.41.12, 172.16.42.57

476

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 81_1539766

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

Reingreso 1	
Empleador	NI 901646363 CONSORCIO PITA 7
Afiliado	CC 71396421 FRANCISCO FERNEY CANO DURANGO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,160,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CARRERA 76 # 3-36
Fecha de ingreso	15/07/2023
Fecha de radicación	15/07/2023 08:26:50 a.m.
Código de Transacción	161863872
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 08/2023

Fecha de generación 15/07/2023

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FRANCISCO FERNEY CANO DURANGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **71396421,** se encuentra afiliado/a desde **02/01/2001** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de junio de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Powered by CamScanner

comfama

Registro de afiliación individual

CONSORCIO PITA 7 | NIT 9016463631 | Envío exitoso No. 630505

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 71396421	FRANCISCO FERNEY CANO DURANGO	10/08/1976	Masculino	Soltero/a

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Teléfono fijo:	Correo electrónico:
Antioquia	Medellin	CL 38ASUR # 75B - 40 VILLA ANGEL	3003808993		

Datos laborales

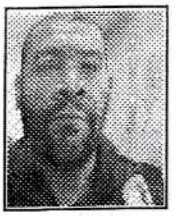
Tipo de contrato:	Tipo de salario:	Salario:	Horas contratadas al día:	Horas contratadas al mes:	Fecha de ingreso a la empresa:
Fijo	Fijo	$1,160,000	8	240	15/07/2023

Vigilado Supersubsidio

A-22

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 33.812

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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

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

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

CANO DURANGO FRANCISCO FERNEY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	46 AÑOS	CC	71396421
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

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

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR
VISIOMETRÍA	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NORMAS DE AUTOCUIDADO YSEGURIDAD

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

Médico

Firma:

Nombre: CORTES CORTES CARMENZA DEL ROCIO

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

Código de Seguridad
W50C1I33812

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CANO DURANGO FRANCISCO FERNEY

CC: 71396421

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

GUINCO S.A.S.

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: FRANCISCO FERNEY CANO DURANGO C.C. N°: 71.396.421 DIRECCIÓN: CALLE 38ª SUR# 75B- 50 SAN ANTONIO DE PRADO FECHA DE NACIMIENTO: 10 DE AGOSTO 1976 CORREO ELECTRONICO: CELULAR: 3003808993 SALUD: SURA PENSIÓN: COLPENSIONES 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: AYUDANTE DE OBRA	REMUNERACIÓN: SALARIO MENSUAL: $ 1.160.000 AUXILIO DE TRANSPORTE MENSUAL: $ 140.606
PERIODOS DE PAGO: QUINCENAL	FECHA DE INICIO DE LABORES: 17 de julio 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

Powered by CamScanner

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

SEGUNDA: CARGO: EL EMPLEADOR contrata a **EL TRABAJADOR** para que desempeñe el cargo de **AYUDANTE DE OBRA**, labor esta, que se obliga a desarrollar en **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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

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

SEXTA: PERIODO DE PRUEBA Y TIPO DE CONTRATO: El presente contrato es por obra o labor, entendiendo que es de acuerdo a su perfil, es decir, el contrato termina cuando la labor para la cual fue contratado sea terminada y no cuando la obra o el contrato con el cliente termine, con un periodo de prueba de 60 días.

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

supresión, de acuerdo con los lineamientos consignados en sus Políticas de Protección de Datos Personales.

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

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

Para constancia de todo lo anterior, se firma el presente documento en dos (2) ejemplares, uno de los cuales se entrega a **EL TRABAJADOR,** en este acto, en el Municipio de Medellín, el FECHA DD/MM/AA.

RICARDO GUERRA BARRIENTOS
Representante Legal

Francisco Fernando Cano
FRANCISCO F. CANO DURANGO.
C.C. 71.396.421

Powered by CamScanner

981

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Medellin	D 28 M 06 A 2023	Ayudante entendido	

I. DATOS PERSONALES

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
cano	Durango	Francisco Ferney

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
ayudante emendido	15	$ 1'160.000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Medellin	D 10 M 08 A 1976	union libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
cll 38 Asur # 75b 50 - San antonio de Prado	villa angel	(300 380 89 93)

Cédula de ciudadanía: N° 71 396 421 (**) Libreta militar N°

Expedida en: Caldas - Antioquia Distrito N° 24 Primera clase: [X] Segunda clase: [ ]



Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si [ ] No [X]	Mario Eugenio ardila	321 873 99 55	$ 600.000

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Rafael J. Mejia	Medellin	5'	1981
Bachillerato	INEM -12 octubre	Medellin	6	1987
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica [ ] Tecnológica [ ] Profesional [ ]		

¿Qué estudios realiza actualmente? Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

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

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Suministros	Ayura	320 583 55 08

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Pedro Isoza	Auxiliar de descargue

Funciones realizadas: descarga de alimentos y bodeguero

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
2018	2021	$ 781.000	$ 1'074.000

Motivo del retiro: Recorte de Personal

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	ayudante entendido

Funciones realizadas: oficios varios

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Legis Prohibida toda reproducción total o parcial, en cualquier medio conocido o por conocer, sin previa autorización escrita de Legis. Este documento está protegido por derechos de autor según lo establecido en la Ley 23 de 1982 y demás disposiciones concordantes.

Powered by CamScanner

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

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

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Diana maria ardila	ama de casa	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
ninguno	cll 38 A sur # 75 b 50	301 393 6629	Medellin.

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
3	Esposa y hijos	41 - 15 - 21

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio
Fransisco cano	Tecnico de refrigeración
ofelia durango	ama de casa

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Diana Maria ardila	ama de casa	cll 38 A sur # 75 b 50	301 393 66 29
2.-	Sandra milena cano	ama de casa	Itagui el rosario	32465672 77

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?				¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	
Anuncio		Amigo		Si	No X
Agencia		Otro	X		

Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento

Si tiene parientes en esta empresa menciónelos

Nota Importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Francisco Ferney cano c.c. 71396471

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

Concepto primer entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Concepto segundo entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Conclusiones

	Fecha

Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 91.131.594
MOTATO GUAPACHA

APELLIDOS
MARIO ANTONIO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1965
BELALCAZAR
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-OCT-1985 CIMITARRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-01115100-00025781-M-0091131594-20080716 0001194109A 1 2250008231

Powered by CamScanner

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 21 de Julio 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%		
C91131594	MOTATO GUAPACHA MARIO ANTONIO	19/07/2023		37B13123	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:C911315942320237035

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/07/2023 10:17:13.
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, 198.143.41.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 61_1571081

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada

Reingreso 1	
Empleador	NI 901646363 CONSORCIO PITA 7
Afiliado	CC 91131594 MARIO ANTONIO MOTATO GUAPACHA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,160,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CARRERA 76 # 3-36
Fecha de ingreso	19/07/2023
Fecha de radicación	21/07/2023 10:18:04 a.m.
Código de Transacción	162109388
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 08/2023

Fecha de generación 21/07/2023

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIO ANTONIO MOTATO GUAPACHA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91131594**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de julio de 2023.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Powered by CamScanner

comfama

Registro de afiliación individual

CONSORCIO PITA 7 | NIT 9016463631 | Envío exitoso No. 644356

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 91131594	MARIO ANTONIO MOTATO GUAPACHA	13/02/1965	Masculino	Soltero/a

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Teléfono fijo:	Correo electrónico:
Antioquia	Medellin	CR 78 # 45SUR - 78 EL VERGEL	3135937454		

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	19/07/2023

VIGILADO Superfubsidio

424

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 33.969

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	07 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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

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

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

MOTATO GUAPACHA MARIO ANTONIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	58 AÑOS	CC	91131594
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	EPS	AFP	ARL
AYUDANTE DE OBRA	SURA	COLPENSIO	SURA
	Estudios: PRIMARIA		

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR
VISIOMETRÍA	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NORMAS DE AUTOCUIDAD Y SEGURIDAD

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

Médico

Firma:

Nombre: CORTES CORTES CARMENZA DEL ROCIO

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

Código de Seguridad
Q50W1C33969

Aspirante o Trabajador

Firma: MARIO

Nombre: MOTATO GUAPACHA MARIO ANTONIO

CC: 91131594

CONSORCIO PITA 7

98

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: MARIO ANTONIO MOTATO GUAPACHA C.C. N°: 91.131.594 DIRECCIÓN: CARRERA 78# 45 SUR- 78 EL VERGEL FECHA DE NACIMIENTO: 13 DE FEBRERO 1965 CORREO ELECTRONICO: CELULAR: 313 593 7454 SALUD: SURA PENSIÓN: COLPENSIONES 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: AYUDANTE DE OBRA	REMUNERACIÓN: SALARIO MENSUAL: $ 1.160.000 AUXILIO TRANSPORTE MENSUAL: 140.606
PERIODOS DE PAGO: QUINCENAL	FECHA DE INICIO DE LABORES: 22 DE JULIO 2023
HORARIO LABORAL: LUNES A MIERCOLES: 7:00 AM – 5:00 PM JUEVES: 7:00 AM- 4:00 PM VIERNES: 7:00 AM – 3:00 PM DESAYUNO: ALMUERZO: SABADOS: 7:00 – 12:00 M	PERIODO DE PRUEBA: 60 DIAS JORNADA LABORAL: 47 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

Powered by CamScanner

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

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

CUARTA: JORNADA DE TRABAJO: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada ordinaria convenida en las horas señaladas por **EL EMPLEADOR** dentro de este contrato o dentro del Reglamento Interno de Trabajo, pudiendo este último hacer ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente, sin que dichos cambios afecten la estabilidad laboral de **EL TRABAJADOR.** Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, siempre que estas así lo dispongan, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la ley 50/90, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la respectiva jornada no se computan dentro de la misma, tal como lo determina el artículo 167 ibídem. Tampoco se computarán y por lo tanto no harán parte de la jornada laboral, los demás descansos adicionales que se determinen dentro del presente contrato o en el reglamento interno de trabajo, otorgados libremente por **EL EMPLEADOR** a sus trabajadores, pues los mismos, se otorgan a estos últimos para que libremente dispongan de ellos, para tomar o ingerir alimentos, bebidas, refrigerios, estiramientos, satisfacer necesidades personales o fisiológicas, entre otros, de tal manera, que durante los descansos concedidos no se presta el servicio ni mucho menos se está a disponibilidad de **EL EMPLEADOR**. De igual manera, **EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR,** acuerdan que la jornada semanal de **CUARENTA Y SIETE** 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

Powered by CamScanner

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 siete (47) 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 QUINIENTOS CINCUENTA 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

Powered by CamScanner