ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO INFRAVIALES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C1063958293	RODRIGUEZ ESTRADA JULIO ALBERTO	10/04/2023		63c19671	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/04/2023 14:03:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.23.179, 198.143.41.16, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMFACESAR

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [✓] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C. / C.E. / PEP / PPT)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
Consorcio Infraviales	NIT ✓	901.625796-5	3166229882

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
Rodriguez	Estrada	C.C. ✓	1.063.958.293	1988 / 03 / 01
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
Julio Alberto				

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2023 / 04 / 10	1.160000	240		Ayudante de Obra	Consorcio Infraviales

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)
Calle 30 #12 05		Bosconia	X

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
3135758602			adronbeza@gmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)	VIVE EN CASA PROPIA:
Rosario Norte Bloque A Apto 303	Cesar - Valledupar	✓	SI [ ] NO [X]

GÉNERO: HOMBRE [X] MUJER [ ] INDETERMINADO [ ]

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [✓] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible [ ]

ESTADO CIVIL: Soltero [✓] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Unión Libre [ ] Viudo [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Preescolar [ ] Básica [ ] Secundaria [ ] Media [ ] Básica adultos [ ] Secundaria adultos [ ] Media adultos [ ]
Primera Infancia [ ] Técnico/Tecnológico [ ] Profesional Universitario [✓] Posgrado/Maestría [ ] Ninguna [ ] Información no disponible [ ]

FACTOR DE VULNERABILIDAD:
Desplazado [ ] Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] Desmovilizado o reinsertado [ ] Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ] Damnificado desastre natural [ ] Cabeza de familia [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ] En condición de discapacidad [ ] Población migrante [ ] Población zonas frontera (Nacionales) [ ] Ejercicio del trabajo sexual [ ] No aplica [ ]

PERTENENCIA ÉTNICA:
Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena [ ] Palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] Room/gitano [ ] No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? SI [ ] No [✓]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA)	SALARIO

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relaciona todos los beneficiarios, pero solo adjunta documentos de los nuevos a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. PEP / PPT)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (FEMENINO, MASCULINO, ACEPTO PERSONALIZADO)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO, MES, DÍA)	PARENTESCO (HIJO, PADRES, HERMANOS, OTROS PARIENTES, NO PARIENTES)	DISCAPACITADO (SI, NO)	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO, RURAL)

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

Javier Triana
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

Julio A. Rodriguez
FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	

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

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: N0075

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
RODRIGUEZ	ESTRADA	JULIO	ALBERTO	

2. TIPO DOCUMENTO	R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	4. SEXO	F.	M.	5. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
			✔						1.063.958.293			✔		01	03	1988

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
BOSCONIA	CESAR	

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3113146431		

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

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad						37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
	C.C.	C.E	P.A	C.D	N.I.	P.E.			
CONSORCIO INFRAVIALES					✔		901625796		

4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARRERA 15 NO 160 15	BOGOTA	BOGOTA

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
	3168677748	admonbe2c@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				CARGO	SALARIO
DÍA	MES	AÑO			
10	04	2023		AUXILIAR DE OBRA	1.160.000

nueva REGIONAL BOGOTA
INFORMACIÓN COMERCIAL
12 ABR 2023
N0075
NOMBRE DE QUIEN RECIBE

IV. FIRMAS

Julio A Rodriguez
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Javier Triana
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

VIGILADO SUPERSALUD

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ ESTRADA JULIO ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **1.063.958.293** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de septiembre de 2009 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 10 de abril 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

20230410142355

CONSORCIO INFRAVIALES	PROCESO: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO: "ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL "	Código: FOR-207-PRO-SIG-02 Version:02 Fecha:2019/04/25 Página: 1

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR	**1.063.958.293**	**FECHA DE ENTREGA**	10-abr-23
NOMBRE DEL TRABAJADOR	JULIO ALBERTO RODRIGUEZ ESTRADA		
CARGO	Ayudante de Obra		
CENTRO DE TRABAJO	**VÍAS VARIAS DEPARTAMENTO DEL CESAR**		

Dando cumplimiento a lo reglamentado en el código sustantivo de trabajo Art. 230, la Resolución 2400 de 1979 (Título IV, capítulo I y II) y al Decreto 1072 de 2015 (Art. 2.2.1.4.1 y 2.2.1.4.4 y Art. 2.2.4.6.24, enciso 5, parágrafo 1), los cuales establecen que el empleador debe suministrar dotación y los elementos de protección personal (EPP) adecuados para los trabajadores, según la naturaleza del riesgo al que se exponen, con el objetivo de protegerlos contra posibles daños para su salud y así velar por su bienestar físico, mental y social, El CONSORCIO INFRAVIALES hace entrega de los siguientes elementos, los cuales serán usados por los trabajadores, de manera complementaria a las diferentes medidas de prevención y control de los peligros y riesgos:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	TALLA	OBSERVACIONES
Tapa oidos reutilizables (Tapón EP-T06C)	1	N.A	ANSI S3.19
Chaqueta impermeable	1	N.A	
Casco dieléctrico Blanco	1	N.A	ANSI Z89.1
Lentes de Seguridad	1	N.A	N.A
Botas de cuero punta de acero	1	41	N.A
Capuchón	1	UNICO	N.A
Camisa de dryll	1	M	N.A
Pantalon de dryll	1	M	N.A

El trabajador Acepta:

- Que con la entrega de los elementos que se relacionan, se le ha informado de las instrucciones para su correcto uso y manipulación.
- Que conoce la obligatoriedad de su uso.
- Hacer buen uso de los elementos entregados.
- Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones.
- Que no podrá vender o regalar los elementos entregados por la entidad.
- Usar la dotación que se le entrega y desechar la anterior, que este en mal estado.

Julio A Rodriguez

FIRMA DEL TRABAJADOR
JULIO ALBERTO RODRIGUEZ ESTRADA
C.C 1.063.958.293
Ayudante de Obra

Javier Triana

FIRMA DE QUIEN ENTREGA LOS EPP
JAVIER ENRIQUE TRIANA MORALES
C.C 1.020.756.779
Director de Obra

UNIDAD MEDICA
SU SALUD E.U.
NIT. 824.004.633-1

Sede IPS Carrera 21 No. 12 - 38 Teléfono: 5779725
Sede Salud Ocupacional Calle 17 No. 18 - 54 Teléfono: 5781033 - Cel. 312 7952976 - 310 5197707
saludocupacional@unidadmedicasusalud.com
Bosconia - Cesar

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: DAIRO AUGUSTO OROZCO CARRANZA
Identificación: CC 1063953056
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1987-11-06 Edad: 35 A
Dirección LEY DE DIOS
Teléfono: 3126609346
Empresa: CONSORCIO INFRAVIALES
Empresa en misión: CONSORCIO INFRAVIALES
Actividad económica:
Talla (mts): 1.72 Peso (kg): 87.0 IMC: 29.41 Grupo Sanguineo: O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Orden No.: 0043562 Fecha apertura: 20230331 07:00:00
Fecha cierre: 20230331 09:07:10
Realizado en: Bosconia - Cesar

Cargo u Oficio: AUXILIAR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Carga maxima para hombres compacta es de 25 kilogramos.
Pausas activas/ Medidas de higiene postural.
Ponga en práctica las normas de distanciamiento social.
Revisar esquema de vacunacion de acuerdo al riesgo laboral actual.
Utilizar los Elementos de Proteccion Personal (EPP) de acuerdo al cargo u oficio.
Prevencion de los riesgos propios del cargo con capacitaciones.
Uso de protector o bloqueador solar y proteccion corporal que aisle de los rayos ultravioletas (uniforme mangas largas).

MANEJO POR EPS

NINGUNA.

MANEJO POR ARL

NINGUNA.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Debe bajar de peso, dieta baja en carbohidratos y grasas.
Dieta: equilibrada, inocua, suficiente, variada, completa y adecuada.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad moderada, todos o la mayor parte de los días de la semana..
Evitar consumir carnes conservadas, enlatados, cigarrillo, cafe, gaseosas negras..
Realizar actividades recreativas y deportes.
Buena Higiene de Manos: Después de haber tosido o estornudado y antes de tocarse la boca, la nariz o los ojos.

INCLUIR EN PVE

NINGUNA.

RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA.

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCION PARA DESEMPEÑAR CARGO/LABOR

Katherine Marin Castaño
Dra: Katherine Marin Castaño
Medico Especialista en S.S.T
RM 44343/2014 - L. O Res 3041. 2020

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: KATHERINE DEL CARMEN MARIN CASTAÑO
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Licencia S.O.: 3041/2020 Registro No.: 44343/2014

Dairo C

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1063953056

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO INFRAVIALES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1063953056	OROZCO CARRANZA DAIRO AUGUSTO	10/04/2023		01882522	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/04/2023 13:46:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.23.179, 198.143.41.16, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMFACESAR

Estamos cumpliendo sueños

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [ ] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C. / C.E. / PEP / PPT)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
Consorcio Infraviales	X	901.625.796	3166229882

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
Orozco	Carranza	C.C. X	1.063.953.056	1987 / 11 / 06
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
Dairo	Augusto			

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2023 / 04 / 10	1.160.000	240		Ayudante de Obra	Consorcio Infraviales

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)
Calle 30 # 12-58	El Bosque	Bosconia	X /

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
3126693 46			admonbezc@gmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)	VIVE EN CASA PROPIA:
Bosque A Rosario Norte Apto 303	Valledupar	✓ /	SI [ ] NO [X]

GÉNERO: HOMBRE [X] MUJER [ ] INDETERMINADO [ ]

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [✓] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible [ ]

ESTADO CIVIL: Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Unión Libre [✓] Viudo [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Preescolar [ ] Básica [ ] Secundaria [ ] Media [ ] Básica adultos [ ] Secundaria adultos [ ] Media adultos [ ]
Primera Infancia [ ] Técnico/Tecnológico [ ] Profesional Universitario [✓] Posgrado/Maestría [ ] Ninguna [ ] Información no disponible [ ]

FACTOR DE VULNERABILIDAD:
Desplazado [ ] Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] Desmovilizado o reinsertado [ ] Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ] Damnificado desastre natural [ ] Cabeza de familia [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ] En condición de discapacidad [ ] Población migrante [ ] Población zonas frontera (Nacionales) [ ] Ejercicio del trabajo sexual [ ] No aplica [ ]

PERTENENCIA ÉTNICA:
Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena [ ] Palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] Room/gitano [ ] No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? SI [ ] NO [X]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. PEP PPT)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (FEMENINO, MASCULINO, NO ESTIMADO)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO, MES, DÍA)	PARENTESCO (HIJO, PADRES, PRIASTRO, HERMANOS MENORES DE 18 AÑOS)	DISCAPACITADO (SI, NO)	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO, RURAL)

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

Javier Triana
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

Dairo Orozco
FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010085089	1|2|0|4|2|0|2|3

- DATOS DEL TRÁMITE

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

I.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
OROZCO (Primer apellido)	CARRANZA (Segundo apellido)	DAIRO (Primer nombre)	AUGUSTO (Segundo nombre)

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1063953056	Femenino ☐ Masculino ☒	0|6|1|1|1|9|8|7

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 30 2 58		3166229882	ADMONBE2C@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

V. 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	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

/. 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)
CONSORCIO INFRAVIALES	NIT	901625796	01

39.Ubicación				
CR 57 160 15 (Dirección)	4104231 (Teleéfono)	CONSORCIOINFRAVIALES@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (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

I. 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|0|0|4|2|0|2|3

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

II. 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

III. FIRMAS

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

X.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.

C. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CONSORCIO INFRAVIALES	PROCESO: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO: "ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL "		Código: FOR-207-PRO-SIG-02 Version:02 Fecha:2019/04/25 Página: 1
IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR	**1.063.953.056**	**FECHA DE ENTREGA**	10-abr-23
NOMBRE DEL TRABAJADOR	DAIRO AUGUSTO OROZCO CARRANZA		
CARGO	Ayudante de Obra		
CENTRO DE TRABAJO	**VÍAS VARIAS DEPARTAMENTO DEL CESAR**		

Dando cumplimiento a lo reglamentado en el código sustantivo de trabajo Art. 230, la Resolución 2400 de 1979 (Título IV, capítulo I y II) y al Decreto 1072 de 2015 (Art. 2.2.1.4.1 y 2.2.1.4.4 y Art. 2.2.4.6.24, enciso 5, parágrafo 1), los cuales establecen que el empleador debe suministrar dotación y los elementos de protección personal (EPP) adecuados para los trabajadores, según la naturaleza del riesgo al que se exponen, con el objetivo de protegerlos contra posibles daños para su salud y así velar por su bienestar físico, mental y social, El CONSORCIO INFRAVIALES hace entrega de los siguientes elementos, los cuales serán usados por los trabajadores, de manera complementaria a las diferentes medidas de prevención y control de los peligros y riesgos:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	TALLA	OBSERVACIONES
Tapa oídos reutilizables (Tapón EP-T06C)	1	N.A	ANSI S3.19
Chaqueta impermeable	1	N.A	
Casco dieléctrico Blanco	1	N.A	ANSI Z89.1
Lentes de Seguridad	1	N.A	N.A
Botas de cuero punta de acero	1	41	N.A
Capuchón	1	UNICO	N.A
Camisa de dryll	1	M	N.A
Pantalon de dryll	1	M	N.A

El trabajador Acepta:

- Que con la entrega de los elementos que se relacionan, se le ha informado de las instrucciones para su correcto uso y manipulación.
- Que conoce la obligatoriedad de su uso.
- Hacer buen uso de los elementos entregados.
- Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones.
- Que no podrá vender o regalar los elementos entregados por la entidad.
- Usar la dotación que se le entrega y desechar la anterior, que este en mal estado.

Dairo Orozco C.

FIRMA DEL TRABAJADOR
DAIRO AUGUSTO OROZCO CARRANZA
C.C 1.063.953.056
Ayudante de Obra

Javier Triana

FIRMA DE QUIEN ENTREGA LOS EPP
JAVIER ENRIQUE TRIANA MORALES
C.C 1.020.756.779
Director de Obra

UNIDAD MEDICA
SU SALUD E.U.
NIT. 824.004.633-1

Sede IPS Carrera 21 No. 12 - 38 Teléfono: 5779725
Sede Salud Ocupacional Calle 17 No. 18 - 54 Teléfono: 5781033 - Cel. 312 7952976 - 310 5197707
saludocupacional@unidadmedicasusalud.com
Bosconia - Cesar

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JOSE CARLOS OSPINO ESTRADA
Identificación: CC 1063946798
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1995-02-11 Edad: 28 A
Dirección EL BOSQUE BOSCONIA CESAR
Teléfono: 3233354250
Empresa: CONSORCIO INFRAVIALES
Empresa en misión: CONSORCIO INFRAVIALES
Actividad económica:
Talla (mts): 1.7 Peso (kg): 65.0 IMC: 22.49 Grupo Sanguineo: O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Orden No.: 0043560 Fecha apertura: 20230331 07:00:00
Fecha cierre: 20230331 08:52:11
Realizado en: Bosconia - Cesar

Cargo u Oficio: AUXILIAR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES
Carga maxima para hombres compacta es de 25 kilogramos.
Pausas activas/ Medidas de higiene postural.
Ponga en práctica las normas de distanciamiento social.
Revisar esquema de vacunacion de acuerdo al riesgo laboral actual.
Utilizar los Elementos de Proteccion Personal (EPP) de acuerdo al cargo u oficio.
Prevencion de los riesgos propios del cargo con capacitaciones.
Uso de protector o bloqueador solar y proteccion corporal que aisle de los rayos ultravioletas (uniforme mangas largas).

MANEJO POR EPS
NINGUNA.

MANEJO POR ARL
NINGUNA.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
Dieta: equilibrada, inocua, suficiente, variada, completa y adecuada.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad moderada, todos o la mayor parte de los días de la semana..
Evitar consumir carnes conservadas, enlatados, cigarrillo, cafe, gaseosas negras..
Realizar actividades recreativas y deportes.
Buena Higiene de Manos: Después de haber tosido o estornudado y antes de tocarse la boca, la nariz o los ojos.

INCLUIR EN PVE
NINGUNA.

RESTRICCIONES LABORALES
NINGUNA.

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCION PARA DESEMPEÑAR CARGO/LABOR

Katherine Marin Castaño
Dra: Katherine Marin Castaño
Medico Especialista en S.S.T
RM 44343/2014 - L.O Res 3041/ 2020

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: KATHERINE DEL CARMEN MARIN CASTAÑO
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Licencia S.O.: 3041/2020 Registro No.: 44343/2014

JOSE OSPINO

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1063946798

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO INFRAVIALES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1063946798	OSPINO ESTRADA JOSE CARLOS	10/04/2023		P1549213	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/04/2023 13:59:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.23.179, 198.143.41.16, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMFACESAR

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [✓] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / CC / CE / PEP / PPT)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
Consorcio Infraviales	NIT ✓	901.625.796.5	3166229882

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CC / TI / CE / PEP / PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
Ospino	Estrada	CC ✓	1.063.946.798	1995 / 02 / 11
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
Jose	Carlos			

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde prestará el servicio)
2023 / 04 / 10	1.160.000	240		Ayudante de Obra	Consorcio Infraviales

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)
Calle 30 # 12.65	El Bosque	Bodonia	✓ /

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
3233357250			josecarlosospinoestrada@gmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)	VIVE EN CASA PROPIA:
Barriano Norte N°Bloque A apto 303	Valledupar	✓ /	SI [ ] NO [X]

GÉNERO: HOMBRE [✓] MUJER [ ] INDETERMINADO [ ]

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [✓] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible [ ]

ESTADO CIVIL: Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Unión Libre [✓] Viudo [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Preescolar [ ] Básica [ ] Secundaria [ ] Media [ ] Básica adultos [ ] Secundaria adultos [ ] Media adultos [ ]
Primera Infancia [ ] Técnico/Tecnológico [✓] Profesional Universitario [ ] Posgrado/Maestría [ ] Ninguna [ ] Información no disponible [ ]

FACTOR DE VULNERABILIDAD:
Desplazado [ ] Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] Desmovilizado o reinsertado [ ] Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ] Damnificado desastre natural [ ] Cabeza de familia [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ] En condición de discapacidad [ ] Población migrante [ ] Población zonas frontera (Nacionales) [ ] Ejercicio del trabajo sexual [ ] No aplica [ ]

PERTENENCIA ÉTNICA:
Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena [ ] Palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] Room/gitano [ ] No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? SI [ ] NO [X]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CC / TI / CE / PEP / PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR:	DIGITADO POR:	FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS