
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.133.605.324
MARTINEZ VALENCIA
APELLIDOS
LEICER
NOMBRES
leICER


FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1983
ALTO BAUDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
15-SEP-2001 ALTO BAUDO (PIE DE PATO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1133605324
Nombre:	LEICER MARTINEZ VALENCIA
Fecha Ingreso:	12/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	11/12/2023 05:30:45 p.m.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 11/12/2023, el empleador CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS identificado con NIT número 901707067 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6490367	11/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1133605324	LEICER MARTINEZ VALENCIA	1160000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2023-12-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Diciembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008222 **FECHA** 11/12/2023

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1133605324	CÉDULA DE CIUDADANÍA	MARTINEZ	VALENCIA	LEICER	

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CLLE 57 #64-65	MEDELLIN	MEDELLÍN - ANTIOQUIA	MEDELLÍN - ANTIOQUIA	22/03/1983

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
visionfuturosas15@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1160000	3235273573		11/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
MEDIA ADULTO	SOLTERO	CASA	OTROS

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BÁSICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

_____

Firma del Trabajador – C.C. No

_____

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

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:

LEICER MARTINEZ VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.133.605.324**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre 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.



MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X Periódico O Retiro O Post Incapacidad O Caso Ocupacional O
Control O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas O

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha:	**11/DIC/ 2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**LEICER MARTINEZ VALENCIA**	**Doc. Identidad :**	**1.133.605.324**
Cargo:	**OBRERO**		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR : NORMAL	2. OPTOMETRIA: BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL	3: AUDIOMETRIA :DENTRO DE LIMITES NORMALES BILATERAL
4. ESPIROMETRIA : NORMAL	5. GLICEMIA : NORMAL	6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NORMALES
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL	RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	X			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas				
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA						
Visual ☐	Auditivo ☐	Respiratorio ☐	Cardiovascular ☐	Psicosocial ☐	Ergonómico ☐	Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Trabajador
CC: 1133605324
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.003.914.326**

MURILLO CORDOBA
APELLIDOS

YEIMER
NOMBRES

YEIMER Murillo C.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1996**

BAHIA SOLANO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-JUL-2014 BAHIA SOLANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1700800-00685947-M-1003914326-20150410 **00438**22402A 1 41347063

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1003914326
Nombre:	YEIMER MURILLO CORDOBA
Fecha Ingreso:	13/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	12/12/2023 10:53:11 AM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011388590	1|2|1|2|2|0|2|3

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MURILLO Primer apellido	CORDOBA Segundo apellido	YEIMER Primer nombre	Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1003914326	Femenino ☐ Masculino ☒	0|6|0|5|1|9|9|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18.Residencia

CA 10 MZ C RINCON **Dirección**	6024545 **Telefono fijo**	3116151886 **Telefono celular**	CONSTRUCTORAVISIOFUTURO@GMAIL.COM **Correo electronico**

ITAGUI **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**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 ITAGUI - VS ITAGUI	VSITAGUI - VSITAGUI
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)
CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS	NIT	901707067	01

39.Ubicación

CR 5 9 68 Dirección	6154564 Teleéfono	CONSTRUCTORAVISIOFUTURO@GMAIL.COM Correo electrónico	BUCARAMANGA Municipio/distrito	SANTANDER Departamento

No de Radicacion
4011388590

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|2|1|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008572 **FECHA** 12/12/2023

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1003914326	CÉDULA DE CIUDADANÍA	MURILLO	CORDOBA	YEIMER	

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CRA 24 # 71-16	TIBIRITA , CUNDINAMARCA	TIBIRITA - CUNDINAMARCA	TIBIRITA - CUNDINAMARCA	6/05/1996

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
CONSTRUCTORAVISIOFUTURO@GMAIL.COM		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1160000	3116151886		12/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
MEDIA ADULTO	SOLTERO	CASA	OTROS

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BÁSICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

_____

Firma del Trabajador – C.C. No

_____

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MURILLO CORDOBA YEIMER** identificado(a) con **CC** número **1.003.914.326** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de junio de 2023 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 12 de diciembre de 2023.

Cordialmente,

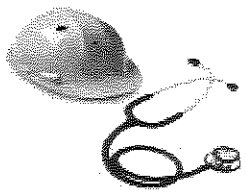


Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2023121210303



MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X Periódico O Retiro O Post Incapacidad O Caso Ocupacional O
Control O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas O

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha:	11/DIC/ 2023	Empresa:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S
Nit:	901707067-7		
Nombre:	MAURICIO ASPRILLA MOSQUERA	Doc. Identidad :	1.077.423.866
Cargo:	OBRERO		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR : NORMAL	2. OPTOMETRIA: BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL	3: AUDIOMETRIA :DENTRO DE LIMITES NORMALES BILATERAL
4. ESPIROMETRIA : NORMAL	5. GLICEMIA : NORMAL	6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NORMALES
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL	RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	X			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas				
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Mauricio Asprilla
Trabajador
CC: 1077 423 866
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X Periódico O Retiro O Post Incapacidad O Caso Ocupacional O
Control O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas O

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha:	**11/DIC/ 2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**YEIMER MURILLO CORDOBA**	**Doc. Identidad :**	**1.003.914.326**
Cargo:	**OBRERO**		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR : NORMAL	2. OPTOMETRIA: BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL	3: AUDIOMETRIA :DENTRO DE LIMITES NORMALES BILATERAL
4. ESPIROMETRIA : NORMAL	5. GLICEMIA : NORMAL	6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NORMALES
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL	RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	X			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas				
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

YEIMER MURILLO CORDOBA
Trabajador
CC: 1003914326
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

Personal ORIP
S ant u ari


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.087.995.854
SANTAMARIA ESTRADA
NOLBERTO


24-AGO-1988
SANTANA
(BOYACA)
1.80
O+
M
05-OCT-2006 DOSQUEBRADAS

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1087995854
Nombre:	NOLBERTO SANTAMARIA ESTRADA
Fecha Ingreso:	15/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/12/2023 2:34:15 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011403895	1|4|1|2|2|0|2|3

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
SANTAMARIA Primer apellido	ESTRADA Segundo apellido	NOLBERTO Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1087995854	Femenino ☐ Masculino ☒	2|4|0|8|1|9|8|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PROTECCION	1160000

18.Residencia

MZ 2 CA 10 **Dirección**	6342901 **Telefono fijo**	3217423925 **Telefono celular**	COTSERVIR@OUTLOOK.COM **Correo electronico**

PEREIRA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	RISARALDA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS EL LAGO - VS UOD SAN NICOLAS	VSELLAGO - VSUODNICOL
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)
CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS	NIT	901707067	01

39.Ubicación

CR 32 33 105 Dirección	6342918 Teleéfono	CONTRUCTORAVISIONFUTURO@GMAIL.COM Correo electrónico	BUCARAMANGA Municipio/distrito	SANTANDER 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|4|1|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230010267 **FECHA** 14/12/2023

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1087995854	CÉDULA DE CIUDADANÍA	SANTAMARIA	ESTRADA	NOLBERTO	

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CASA MANZANA Z CASA 10	10 DE MAYO	BUCARAMANGA - SANTANDER	BUCARAMANGA - SANTANDER	24/08/1988

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
NOTIENEN@HOTMAIL.COM		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1160000	3217423925		14/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
BÁSICA ADULTO	SOLTERO	APARTAMENTO	ARRENDADA

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BÁSICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

_____

Firma del Trabajador – C.C. No

_____

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio



MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X Periódico O Retiro O Post Incapacidad O Caso Ocupacional O
Control O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas O

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha:	**14/DIC/ 2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**NOLBERTO SANTAMARIA ESTRADA**	**Doc. Identidad :**	**1.087.995.854**
Cargo:	**OBRERO**		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR : NORMAL	**2. OPTOMETRIA: BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL**	**3: AUDIOMETRIA :DENTRO DE LIMITES NORMALES BILATERAL**
4. ESPIROMETRIA : NORMAL	**5. GLICEMIA : NORMAL**	**6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NORMALES**
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	**OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL**	**RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES**

EXAMEN DE INGRESO	**SI**	**NO**	**NO APLICA**	**FALTA INFORMACION**
Apto para el cargo	**X**			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas				
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	**SI**	**NO**
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	**SI**	**NO**
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	**NO X**	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO



LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Nolberto Santamaria
Trabajador
CC: 1087995854

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
16.055.428
NUMERO
PEREZ OTALVARO
APELLIDOS
JHON MARIO
NOMBRES
Jhon Mario Perez otalvaro
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1978
PACORA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
21-JUL-2001 PACORA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2400100-54137731-M-0010055425-20051021
00501

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	16055428
Nombre:	JHON MARIA PEREZ OTALVARO
Fecha Ingreso:	15/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/12/2023 2:36:46 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011404069	1|4|1|2|2|0|2|3

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PEREZ Primer apellido	OTALVARO Segundo apellido	JHON Primer nombre	MARIO Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	16055428	Femenino ☐ Masculino ☒	2|9|0|7|1|9|7|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PROTECCION	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
MZ 2 CA 20 LOS CONQUISTADORES	6342901	3213078106	CONSTRUCTORAVISIONFUTURO@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
PEREIRA	Urbana ☒ Rural ☐	57	RISARALDA

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	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 PINARES - VS UOD SAN NICOLAS	VSPINARES - VSUODNICOL
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)
CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS	NIT	901707067	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 32 33 105	6342901	CONSTRUCTORAVISIONFUTURO@GMAIL.COM	BUCARAMANGA	SANTANDER

No de Radicacion
4011404069

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|4|1|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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.

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230010256 **FECHA** 14/12/2023

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
16055428	CÉDULA DE CIUDADANÍA	PEREZ	OTALVARO	JHON	MARIO

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE	**PAIS**:	MANAZANA 1 C 5 LOS CONQUISTADORES	10 DE MAYO	BUCARAMANGA - SANTANDER	BUCARAMANGA - SANTANDER	29/07/1978

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
NOTIENE@HOTMAIL.COM		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1160000	3213078106		14/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
BÁSICA ADULTO	SOLTERO	APARTAMENTO	ARRENDADA

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA **CAJA**?	SUELDO BÁSICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

_____

Firma del Trabajador – C.C. No

_____

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

JHON MARIO PEREZ OTALVARO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.055.428**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 14 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3204682707
DIRECCIÓN: Carrera 25 # 29-12 Girón Centro

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X Periódico O Retiro O Post Incapacidad O Caso Ocupacional
OControl O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas X

DATOS DEL PACIENTE	
Fecha: 06 DICIEMBRE 2023	**Empresa:** CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.
Nombre: JHON MARIO PEREZ OTALVARO	**Doc. Identidad:** 16055428
OFICIAL DE OBRA	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y ALTURAS X	2. OPTOMETRIA BILATERAL: NORMAL	3. AUDIOMETRIA: DENTRO DE LIMITES NORMALES, BILATERAL
4.PERFIL LIPIDICO.COLESTEROL, TRIGLICERIDOS Y GLICEMIA : NORMALES	5. ESPIROMETRIA: NORMAL	6. PRUEBAS VESTIBULARES PARA TRABAJO EN ALTURA: NORMALES
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL	RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	x			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas	x			
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

Dr. Luis Eduardo Saavedra P.
Medico Esp. SST
Especialista Salud Ocupacional
Licencia 1234 de 2023

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Jhon Mario
Trabajador
CC: 16055428
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Bucaramanga
Campo de Entrenamiento
Cra 33#35-36 Mejoras Públicas
(607) 6 80 7119 (+57) 318 755 2663
@centrointegraldealturas

Licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo #0020928 del 24.11.2021
Resolución de aprobación del Ministerio de Trabajo #08SE2022220000000046508 del 26.09.2022
Certificado de calidad Bureau Veritas CO22.00906 del 27.07.2022
Acreditación del organismo de certificación Bureau Veritas Código 09-CPR-008
www.centrointegraldealturas.com

CENTRO
INTEGRAL
DE ALTURAS

CERTIFICADO

DE FORMACIÓN CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO DE ALTURAS

SST Centro Integral de Alturas S.A.S. hace constar que:

Jhon Mario Perez Otalvaro

C.C. #16.055.428 de PACORA, Cursó y aprobó la acción de formación en **REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272** con una intensidad de 8 horas

Inició el 13 de Diciembre de 2023 - Finalizó el 13 de Diciembre de 2023 La presente certificación se expide en BUCARAMANGA el día 13 de Diciembre de 2023

Empresa contratante: **CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.**

Identificación de la empresa: **9 0 1 7 0 7 0 6 7**

ARL empresa contratante: **AXA COLPATRIA**

Representante legal empresa contratante: **JOHASTON ALIRIO SARMIENTO**

Identificación del representante: **1 0 9 8 6 8 6 1 1 1**

MARTHA CAROLINA ORTEGA
ENTRENADOR
LIC. SST: 3839 DE 02/28/2015

JUAN JOSE BALLESTEROS FERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SST CENTRO INTEGRAL DE ALTURAS S.A.S

Autorización: **#TSA-7181**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.087.487.796

CARDONA BERMUDEZ
APELLIDOS

IVAN DARIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-1988

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

27-MAR-2006 BELEN DE UMBRIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2402100-54160621-M-1087487796-20071119 02050 07323N 02 212878540

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	10987487796
Nombre:	IVAN DARIO CARDONA BERMUDES
Fecha Ingreso:	15/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/12/2023 2:31:42 PM

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 14/12/2023, el empleador CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS identificado con NIT número 901707067 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6502846	14/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1087487796	IVANDARIO CARDONA BERMUDEZ	1160000		2023-12-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230010253 **FECHA** 14/12/2023

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1087487796	CÉDULA DE CIUDADANÍA	CARDONA	BERMUDEZ	IVAN	DARIO

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CL 8 7 64	10 DE MAYO	BUCARAMANGA - SANTANDER	BUCARAMANGA - SANTANDER	1/03/1988

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
NOTIENE@HOTMAIL.COM		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1160000	3122955025		14/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
BÁSICA ADULTO	SOLTERO	APARTAMENTO	ARRENDADA

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BÁSICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

_____

Firma del Trabajador – C.C. No

_____

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

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:

IVAN DARIO CARDONA BERMUDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.087.487.796**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Diciembre 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.

MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X Periódico O Retiro O Post Incapacidad O Caso Ocupacional O
Control O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas O

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha:	**14/DIC/ 2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**IVAN DARIO CARDONA BERMUDEZ**	**Doc. Identidad :**	**1.087.487.796**
Cargo:	**OBRERO**		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR : NORMAL	**2. OPTOMETRIA: BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL**	**3: AUDIOMETRIA :DENTRO DE LIMITES NORMALES BILATERAL**
4. ESPIROMETRIA : NORMAL	**5. GLICEMIA : NORMAL**	**6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NORMALES**
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	**OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL**	**RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES**

EXAMEN DE INGRESO	**SI**	**NO**	**NO APLICA**	**FALTA INFORMACION**
Apto para el cargo	X			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas				
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	**SI**	**NO**
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	**SI**	**NO**
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	**NO X**	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Trabajador
CC: 1087487796
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

Personal ORIP
Segovia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **13.720.260**

ARDILA

APELLIDOS

ERWIN EDUARDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1979**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-JUL-1997 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2700100-00120661-M-60[illegible]-20091102 0005198910A 1 6680010900

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	13720260
Nombre:	ERWIN EDUARDO ARDILA
Fecha Ingreso:	04/11/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	3/11/2023 11:30:43 AM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010548679
9010548679

No. de Radicación: 27011363

Fecha de Radicación: 03 11 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ARDILA		ERWIN	EDUARDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	13720260	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 20 M M 04 A A A A 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.160.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	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											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS	NT	901707067	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 5 9 68 PISO 1	3012682930		PIEDECUESTA	SANTANDER

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D 01 M M 11 A A A A 2023

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 o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los 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 Servicios 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, 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 [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos 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 conste 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 SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008140 **FECHA** 11/12/2023

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
13720260	CÉDULA DE CIUDADANÍA	ARDILA		ERWIN	EDUARDO

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		KR 25 3 44	10 DE MAYO	BUCARAMANGA - SANTANDER	BUCARAMANGA - SANTANDER	20/04/1979

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
constructoravisionfuturo@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
INDEPENDIENTE		1160000	3166879644		1/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
MEDIA ADULTO	SOLTERO	CASA	OTROS

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BÁSICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

_____

Firma del Trabajador – C.C. No

_____

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ERWIN EDUARDO ARDILA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13720260,** se encuentra afiliado/a desde **03/05/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de noviembre de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3204682707
DIRECCIÓN: Carrera 25 # 29-12 Girón Centro

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X Periódico O Retiro O Post Incapacidad O Caso Ocupacional
OControl O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas X

DATOS DEL PACIENTE	
Fecha: 23 NOVIEMBRE 2023	Empresa: CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.
Nombre: ERWIN EDUARDO ARDILA	Doc. Identidad: 13720260
OFICIAL DE CONSTRUCCION	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y ALTURAS X	2. OPTOMETRIA BILATERAL: NORMAL	3. AUDIOMETRIA: DENTRO DE LIMITES NORMALES, BILATERAL
4.PERFIL LIPIDICO,COLESTEROL, TRIGLICERIDOS Y GLICEMIA : NORMALES	5. ESPIROMETRIA: NORMAL	6. PRUEBAS VESTIBULARES PARA TRABAJO EN ALTURA: NORMALES
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL	RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	x			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas	x			
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Trabajador
CC: 13720260 Bgo

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Powered by CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ERWIN EDUARDO ARDILA identificado(a) con CC 13720260 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS NI 901707067

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2023-11	2023-12	331019709	9460247454	E	2023-12-11																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$1,160,000	$185,600
ARL	COLPATRIA ARP	30	6.96%	$1,160,000	$80,800
CCF	COMFAMILIAR ATLANTICO	30	4%	$100	$100
EPS	FAMISANAR	30	4%	$1,160,000	$46,400

Este certificado se expide el día 2023-12-11 a las 05:55.

Bucaramanga
Campo de Entrenamiento
Cra 33#35-36 Mejoras Públicas
(607) 6 80 7119 (+57) 318 755 2663
@centrointegraldealturas

Licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo #0020928 del 24.11.2021
Resolución de aprobación del Ministerio de Trabajo #08SE2022220000000046508 del 26.09.2022
Certificado de calidad Bureau Veritas CO22.00906 del 27.07.2022
Acreditación del organismo de certificación Bureau Veritas Código 09-CPR-008
www.centrointegraldealturas.com

CENTRO
INTEGRAL
DE ALTURAS

CERTIFICADO

DE FORMACIÓN CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO DE ALTURAS

SST Centro Integral de Alturas S.A.S. hace constar que:

Erwin Eduardo Ardila

C.C. #13.720.260 de BUCARAMANGA., Cursó y aprobó la acción de formación en **REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272** con una intensidad de 8 horas

Inició el 6 de Diciembre de 2023 - Finalizó el 6 de Diciembre de 2023 La presente certificación se expide en BUCARAMANGA el día 6 de Diciembre de 2023

Empresa contratante: **CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.**

Identificación de la empresa: **9 0 1 7 0 7 0 6 7**

ARL empresa contratante: **AXA COLPATRIA**

Representante legal empresa contratante: **JOHASTON ALIRIO SARMIENTO**

Identificación del representante: **1 0 9 8 6 8 6 1 1 1**

MARTHA CAROLINA ORTEGA
ENTRENADOR
LIC. SST: 3839 DE 02/28/2015

JUAN JOSE BALLESTEROS FERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SST CENTRO INTEGRAL DE ALTURAS S.A.S

Autorización: **#TSA-7089**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.098.753.573

QUIJANO FERREIRA

APELLIDOS

OSCAR MAURICIO

NOMBRES

Oscar M. Quijano

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1994

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

27-ABR-2012 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2716000-01298246-M-1098753573-20220514 0079376973A 1 8504708164

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1098753573
Nombre:	OSCAR MAURICIO QUIJANO FERREIRA
Fecha Ingreso:	25/11/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	24/11/2023 03:18:48 p.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011314353	2|4|1|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
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
QUIJANO Primer apellido	FERREIRA Segundo apellido	OSCAR Primer nombre	MAURICIO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1098753573	Femenino ☐ Masculino ☒	2|3|0|4|1|9|9|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18.Residencia

CR 26 A 3 15 **Dirección**	6074552 **Telefono fijo**	3174164660 **Telefono celular**	C0NSTRUCTORAVISIONFUTURO@GMAIL.COM **Correo electronico**
BUCARAMANGA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	SANTANDER **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		CNTRO INTEGRAL SERVICIOS DE SALUD-CISS - ALIANZA DIAGNOSTICA CABECERA CP	CENTROCISS - ALIANZACAB
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)
CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS	NIT	901707067	01

39.Ubicación

CR 5 A 9 68 Dirección	6075411 Teleéfono	CONSTRUCTORAVISIONFUTURO@GMAIL.COM Correo electrónico	BUCARAMANGA Municipio/distrito	SANTANDER Departamento

No de Radicacion
4011314353

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|4|1|1|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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.

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008163 **FECHA** 11/12/2023

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1098753573	CÉDULA DE CIUDADANÍA	QUIJANO	FERREIRA	OSCAR	MAURICIO

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		KR 26A 3 15	ITUANGO , ANTIOQUIA	ITUANGO - ANTIOQUIA	ITUANGO - ANTIOQUIA	23/04/1994

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
constructoravisionfuturo@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1160000	3174164660		1/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
MEDIA ADULTO	SOLTERO	CASA	OTROS

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BÁSICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

_____

Firma del Trabajador – C.C. No

_____

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

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:

OSCAR MAURICIO QUIJANO FERREIRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.753.573**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Noviembre 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.

MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X Periódico O Retiro O Post Incapacidad O Caso Ocupacional O
Control O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas O

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha:	24/NOV/2023	**Empresa:**	CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS
Nit:	901707067-7		
Nombre:	OSCAR MAURICIO QUIJANO FERREIRA	**Doc. Identidad :**	1.098.753.573
Cargo:	OBRERO		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR : NORMAL	2. OPTOMETRIA: BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL	3: AUDIOMETRIA :DENTRO DE LIMITES NORMALES BILATERAL
4. ESPIROMETRIA : NORMAL	5. GLICEMIA : NORMAL	6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NORMALES
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL	RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	X			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas				
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Oscar Mauricio Quijano Ferreira
Trabajador
CC: 1098753573
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Powered by CamScanner

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que OSCAR MAURICIO QUIJANO FERREIRA identificado(a) con CC 1098753573 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS NI 901707067

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2023-11	2023-12	331019709	9460247454	E	2023-12-11	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	7	16%	$270,667	$43,400
ARL	COLPATRIA ARP	7	6.96%	$270,667	$18,900
CCF	COMFAMILIAR ATLANTICO	7	4%	$100	$100
EPS	SALUD TOTAL	7	4%	$270,667	$10,900

Este certificado se expide el día 2023-12-11 a las 05:56.

Personal ORIP
Támesis



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 70.852.926

TIRADO BERMUDEZ

APELLIDOS

ABEL ANTONIO

NOMBRES

Abel antonio Tirado B.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1968

TAMESIS
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

20-NOV-1986 TAMESIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0126800-01337618-M-0070852926-20230110 0094411102A 1 54909394

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	70852926
Nombre:	ABEL ANTONIO TIRADO BERMUDEZ
Fecha Ingreso:	25/11/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	24/11/2023 5:13:37 PM

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 24/11/2023, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• No. RADICADO:	42036886
• RÉGIMEN:	Contributivo
• TIPO DE TRÁMITE:	Movilidad al régimen contributivo
• FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:	2023-11-24
• TD AFILIADO:	CC
• NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:	70852926
• TD EMPLEADOR:	NIT
• NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:	901707067
• FONDO DE PENSIÓN:	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES
• IBC:	$1.160.000,00
• No. ADJUNTOS:	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 24 días del mes de Noviembre de 2023.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230008150 **FECHA** 11/12/2023

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
70852926	CÉDULA DE CIUDADANÍA	TIRADO	BERMUDEZ	ABEL	ANTONIO

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CALLE NAPOLES #13-28	10 DE MAYO	BUCARAMANGA - SANTANDER	BUCARAMANGA - SANTANDER	16/03/1968

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
visionfuturosas15@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
INDEPENDIENTE		1160000	3148847477		1/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
MEDIA ADULTO	SOLTERO	CASA	OTROS

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BÁSICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

_____

Firma del Trabajador – C.C. No

_____

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

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 **ABEL ANTONIO TIRADO BERMUDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **70852926,** se encuentra afiliado/a desde **25/04/1990** 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 24 de noviembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X | Periódico O | Retiro O | Post Incapacidad O | Caso Ocupacional O
Control O | Reubicación O | Ingreso al SVE O | Trabajo en alturas O

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha:	24/NOV/2023	Empresa:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS
Nit:	901707067-7		
Nombre:	ABEL ANTONIO TIRADO BERMUDEZ	Doc. Identidad :	70.852.926
Cargo:	OBRERO		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR : NORMAL	2. OPTOMETRIA: BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL	3: AUDIOMETRIA :DENTRO DE LIMITES NORMALES BILATERAL
4. ESPIROMETRIA : NORMAL	5. GLICEMIA : NORMAL	6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NORMALES
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL	RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	X			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas				
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Abel antonio Tirado B.
Trabajador
CC: 70 852 926
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

Powered by CamScanner

Bucaramanga
Campo de Entrenamiento
Cra 33#35-36 Mejoras Públicas
(607) 6 80 7119 (+57) 318 755 2663
@centrointegraldealturas

Licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo #0020928 del 24.11.2021
Resolución de aprobación del Ministerio de Trabajo #08SE2022220000000046508 del 26.09.2022
Certificado de calidad Bureau Veritas CO22.00906 del 27.07.2022
Acreditación del organismo de certificación Bureau Veritas Código 09-CPR-008
www.centrointegraldealturas.com

CENTRO
INTEGRAL
DE ALTURAS

CERTIFICADO

DE FORMACIÓN CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO DE ALTURAS

SST Centro Integral de Alturas S.A.S. hace constar que:

Abel Antonio Tirado Bermudez

C.C. #70.852.926 de TAMESIS, Cursó y aprobó la acción de formación en **REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272** con una intensidad de 8 horas

Inició el 6 de Diciembre de 2023 - Finalizó el 6 de Diciembre de 2023 La presente certificación se expide en BUCARAMANGA el día 6 de Diciembre de 2023

Empresa contratante: **CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.**

Identificación de la empresa: **9 0 1 7 0 7 0 6 7**

ARL empresa contratante: **AXA COLPATRIA**

Representante legal empresa contratante: **JOHASTON ALIRIO SARMIENTO**

Identificación del representante: **1 0 9 8 6 8 6 1 1 1**

MARTHA CAROLINA ORTEGA
ENTRENADOR
LIC. SST: 3839 DE 02/28/2015

JUAN JOSE BALLESTEROS FERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SST CENTRO INTEGRAL DE ALTURAS S.A.S

Autorización: **#TSA-7090**

Certificado de Aportes

Se certifica que ABEL ANTONIO TIRADO BERMUDEZ identificado(a) con CC 70852926 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS NI 901707067

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2023-11	2023-12	331019709	9460247454	E	2023-12-11	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	7	16%	$270,667	$43,400
ARL	COLPATRIA ARP	7	6.96%	$270,667	$18,900
CCF	COMFAMILIAR ATLANTICO	7	4%	$100	$100
EPS	COOSALUD MOVILIDAD	7	4%	$270,667	$10,900

Este certificado se expide el día 2023-12-11 a las 05:56.

Personal ORIP
Yarumal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.328.476**

EUSSE JIMENEZ

APELLIDOS

LUIS EDUARDO

NOMBRES

Luis Eduardo Eusse

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1975**

CAMPAMENTO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

26-NOV-1993 YARUMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-8100500-00360202-M-0015328476-20091127 0018368751A 1 27426406

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	15328476
Nombre:	LUIS EDUARDO EUSSE JIMENEZ
Fecha Ingreso:	12/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	11/12/2023 09:52:29 a.m.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 11/12/2023, el empleador CONSTRUCTORA VISION FUTURO SAS identificado con NIT número 901707067 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6486258	11/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15328476	LUISEDUARDO EUSSE JIMENEZ	1160000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2023-12-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Diciembre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230007702 **FECHA** 11/12/2023

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
15328476	CÉDULA DE CIUDADANÍA	EUSSE	JIMENEZ	LUIS	EDUARDO

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CRA 21 #14-87	YARUMAL , ANTIOQUIA	YARUMAL - ANTIOQUIA	YARUMAL - ANTIOQUIA	10/05/1975

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
visionfuturosas15@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1160000	3122823990		11/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
MEDIA ADULTO	SOLTERO	CASA	OTROS

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BÁSICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

_____

Firma del Trabajador – C.C. No

_____

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

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 **LUIS EDUARDO EUSSE JIMENEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **15328476,** se encuentra afiliado/a desde **04/06/1998** 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 11 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.



MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X | Periódico O | Retiro O | Post Incapacidad O | Caso Ocupacional O
Control O | Reubicación O | Ingreso al SVE O | Trabajo en alturas O

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha:	**09/DIC/ 2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**LUIS EDUARDO EUSSE JIMENEZ**	**Doc. Identidad :**	**15.328.476**
Cargo:	**AYUDANTE DE CONSTRUCCION**		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR : NORMAL	2. OPTOMETRIA: BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL	3: AUDIOMETRIA :DENTRO DE LIMITES NORMALES BILATERAL
4. ESPIROMETRIA : NORMAL	5. GLICEMIA : NORMAL	6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NORMALES
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL	RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	X			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas				
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	**SI**	**NO**
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Luis Eduardo E.
Trabajador
CC: 15 328 476
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70.577.265

TORO GIRALDO
APELLIDOS

JESUS DARIO
NOMBRES

Jesus Dario Toro
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1981

YARUMAL
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

01-NOV-2001 YARUMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0129500-00706530-M-0015274285-20150520 0044160984A 1 43982689

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	70577265
Nombre:	JESUS DARIO TORO GIRALDO
Fecha Ingreso:	10/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	9/12/2023 10:37:41 AM

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_2364900

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

Reingreso 1	
Empleador	NI 901707067 CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S
Afiliado	CC 70577265 JESUS DARIO TORO GIRALDO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,660,000
Cargo	OTRO
Sucursal	PIEDECUESTA CRA 5 #9-68 PIEDECUESTA
Fecha de ingreso	09/12/2023
Fecha de radicación	11/12/2023 11:47:14 a.m.
Código de Transacción	168807075
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 01/2024

Fecha de generación 11/12/2023

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230007335 **FECHA** 09/12/2023

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
70577265	CÉDULA DE CIUDADANÍA	TORO	GIRALDO	JESUS	DARIO

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CRA 18 #16-38	ITUANGO , ANTIOQUIA	ITUANGO - ANTIOQUIA	ITUANGO - ANTIOQUIA	24/12/1964

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
visionfuturosas15@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1160000	3106753197		9/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
MEDIA ADULTO	SOLTERO	CASA	OTROS

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BÁSICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

_____

Firma del Trabajador – C.C. No

_____

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

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 **JESUS DARIO TORO GIRALDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **70577265,** se encuentra afiliado/a desde **08/07/2008** 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 09 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3204682707
DIRECCIÓN: Carrera 25 # 29-12 Girón Centro

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X Periódico O Retiro O Post Incapacidad O Caso Ocupacional
OControl O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas X

DATOS DEL PACIENTE	
Fecha: 05 DICIEMBRE 2023	Empresa: CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.
Nombre: JESUS DARIO TORO GIRALDO	Doc. Identidad: 70577265
OFICIAL DE OBRA	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y ALTURAS X	2. OPTOMETRIA BILATERAL: NORMAL	3. AUDIOMETRIA: DENTRO DE LIMITES NORMALES, BILATERAL
4.PERFIL LIPIDICO,COLESTEROL, TRIGLICERIDOS Y GLICEMIA : NORMALES	5. ESPIROMETRIA: NORMAL	6. PRUEBAS VESTIBULARES PARA TRABAJO EN ALTURA: NORMALES
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL	RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	x			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas	x			
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	**SI**	**NO**
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Fisico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIODICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01633/024244

Jesus toro g.
Trabajador
CC 70.577.265

Bucaramanga
Campo de Entrenamiento
Cra 33#35-36 Mejoras Públicas
(607) 6 80 7119 (+57) 318 755 2663
@centrointegraldealturas
www.centrointegraldealturas.com

Licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo #0020928 del 24.11.2021
Resolución de aprobación del Ministerio de Trabajo #08SE2022220000000046508 del 26.09.2022
Certificado de calidad Bureau Veritas CO22.00906 del 27.07.2022
Acreditación del organismo de certificación Bureau Veritas Código 09-CPR-008

CENTRO
INTEGRAL
DE ALTURAS

CERTIFICADO

DE FORMACIÓN CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN TRABAJO SEGURO DE ALTURAS

SST Centro Integral de Alturas S.A.S. hace constar que:

Jesus Dario Toro Giraldo

C.C. #70.577.265 de ITUANGO, Cursó y aprobó la acción de formación en **REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272** con una intensidad de 8 horas

Inició el 10 de Diciembre de 2023 - Finalizó el 10 de Diciembre de 2023 La presente certificación se expide en BUCARAMANGA el día 10 de Diciembre de 2023

Empresa contratante: **CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.**

Identificación de la empresa: **9 0 1 7 0 7 0 6 7**

ARL empresa contratante: **AXA COLPATRIA**

Representante legal empresa contratante: **JOHASTON ALIRIO SARMIENTO**

Identificación del representante: **1 0 9 8 6 8 6 1 1 1**

MARTHA CAROLINA ORTEGA
ENTRENADOR
LIC. SST: 3839 DE 02/28/2015

JUAN JOSE BALLESTEROS FERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SST CENTRO INTEGRAL DE ALTURAS S.A.S

Autorización: **#TSA-7130**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.274.285

RENDON CHAVARRIA

APELLIDOS

ELKIN LEON

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1981

YARUMAL
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

01-NOV-2001 YARUMAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0129500-00706530-M-0015274285-20150520 0044160984A 1 43982689

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901707067
Número Afiliación:	9017772
Razón social:	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	15274285
Nombre:	ELKIN LEON RENDON CHAVARRIA
Fecha Ingreso:	10/12/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	9/12/2023 10:35:30 AM

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [✓] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [✓] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	C 1519	DÍA 11 MES 12 AÑO 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: RENDON	SEGUNDO APELLIDO: CHAVARRIA	PRIMER NOMBRE: ELKIN	SEGUNDO NOMBRE: LEON

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
RC [ ] TI [ ] CC [✓] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]	15274285	F [ ] M [✓]	DÍA 10 MES 10 AÑO 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA U. [ ] R. [ ]	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
		CRA 21 #13-30			

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
ITUANGO	ANTIOQUIA		3135763925		3130

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F / M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA / MES / AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		RC TI CC CE PA CD SC						F. N. M.	T. P.
2		RC TI CC CE PA CD SC						F. N. M.	T. P.
3		RC TI CC CE PA CD SC						F. N. M.	T. P.
4		RC TI CC CE PA CD SC						F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSTRUCTORA VISION FUTURO	CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] NIT [✓]	901707067		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
KR 32 33 105	B/MANGA	SANTANDER		3012682930	constructoravisionfuturo@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 09 MES 12 AÑO 2023	DEPENDIENTE	1160000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del 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 [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública de terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia [ ]
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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

nueva eps
Marta Lucia Franco S.
Clave: C-1519
FECHA: 11-12-2023

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

0007000 ENERO / 2016

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20230007332 **FECHA** 09/12/2023

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901707067	NIT	CONSTRUCTORA VISION FUTURO S A S

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
15274285	CÉDULA DE CIUDADANÍA	RENDON	CHAVARRIA	ELKIN	LEON

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		CRA 21 # 13 30	ITUANGO , ANTIOQUIA	ITUANGO - ANTIOQUIA	ITUANGO - ANTIOQUIA	10/10/1981

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
visionfuturosas15@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1160000	3135763925		9/12/2023

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
MEDIA ADULTO	SOLTERO	CASA	OTROS

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA / CAJA?	SUELDO BÁSICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

_____

Firma del Trabajador – C.C. No

_____

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

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 **ELKIN LEON RENDON CHAVARRIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **15274285,** se encuentra afiliado/a desde **18/06/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

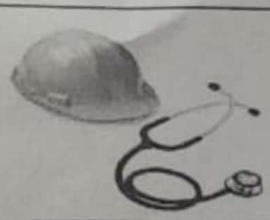
La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.



MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203
Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

TIPO CERTIFICACION: Ingreso X | Periódico O | Retiro O | Post Incapacidad O | Caso Ocupacional O
Control O | Reubicación O | Ingreso al SVE O | Trabajo en alturas O

DATOS DEL PACIENTE			
Fecha:	**09/DIC/ 2023**	**Empresa:**	**CONSTRUCTORA VISION FUTURO S.A.S**
Nit:	**901707067-7**		
Nombre:	**ELKIN LEON RENDON CHAVARRIA**	**Doc. Identidad :**	**15.274.285**
Cargo:	**AYUDANTE DE CONSTRUCCION**		

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR : NORMAL	2. OPTOMETRIA: BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL	3: AUDIOMETRIA :DENTRO DE LIMITES NORMALES BILATERAL
4. ESPIROMETRIA : NORMAL	5. GLICEMIA : NORMAL	6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NORMALES
EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL	RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	X			
Aplazado				
Apto con restricciones				
Apto para trabajar en alturas				
Apto para trabajar en espacios confinados				
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido				
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista				

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones		
Requiere restricciones de actividades		
Requiere reubicación laboral		
Requiere reubicación laboral permanente		
Apto para trabajar en alturas		
Apto para trabajar en espacios confinados		
EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de Enfermedad Profesional		
Secuelas de Accidente de Trabajo		
Examen Físico Normal		

PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

REMISION	SI	NO X	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Trabajador
CC: 15 274 285
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica