HOJA DE VIDA DEL EQUIPO

VIBROCOMPACTADOR CATERPILLAR
SC 433B



HOJA DE VIDA MAQUINARIA Y EQUIPO

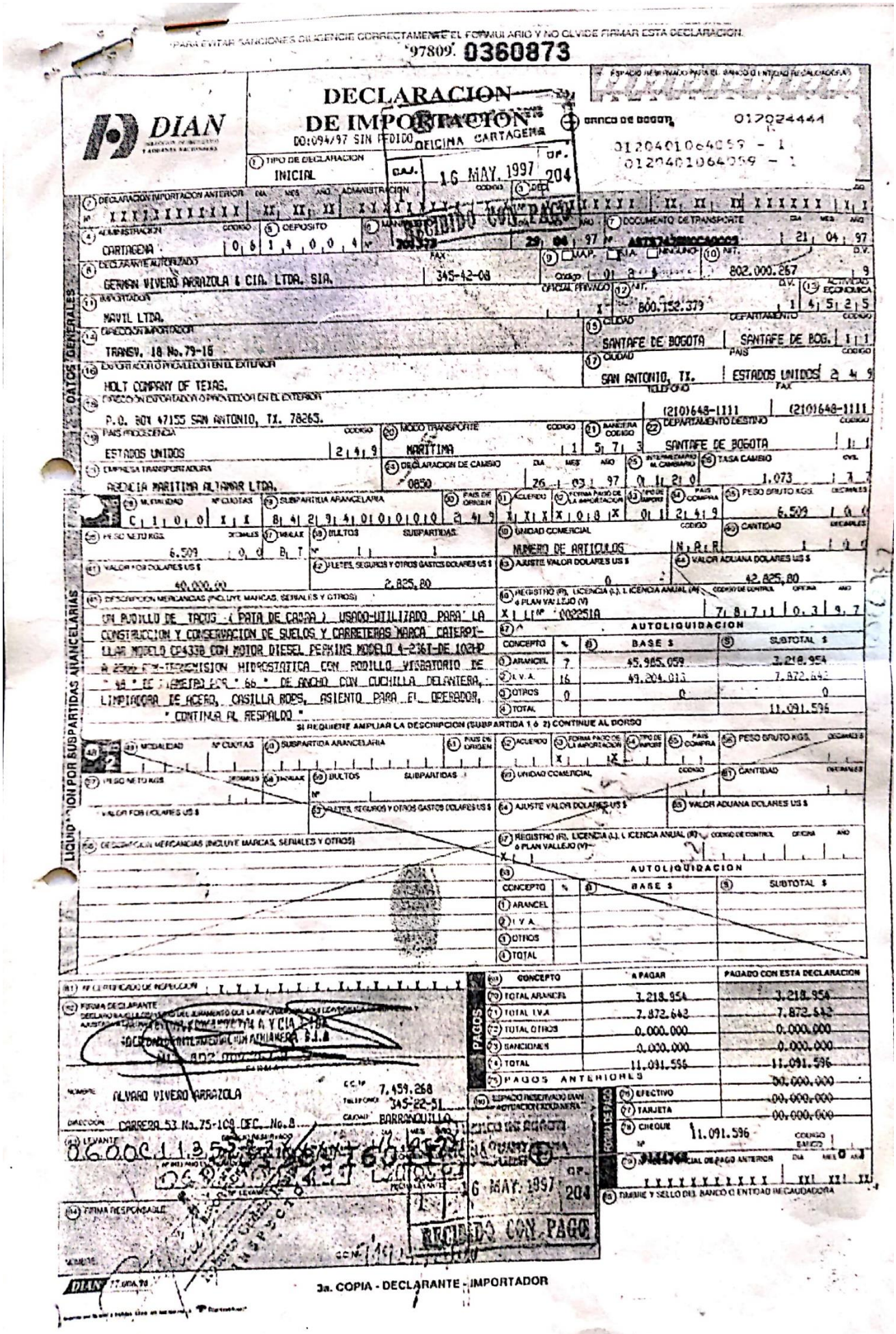
EQUIPO	VIBROCOMPACTADOR
MARCA	CATERPILLAR
REFERENCIA	SC433B
ESPECIFICACIONES	RODILLOS DE TACOS
ANO DE FABRICACIÓN	1992
FECHA DE COMPRA	ENERO 15 DE 2021
NUMERO DE SERIE	113356900473544V
PERSONA A CARGO DEL EQUIPO	JOSE LEON
LABOR QUE DESEMPEÑA	COMPACTACION

MANTENIMIENTOS

Fecha	Tipo de mantenimiento	Actividades elaboradas	Arreglos mecánicos
14/06/2023	Mantenimiento en general	Mantenimiento general, servicio de funcionamiento mecánico e hidráulico	Cambio de empaquetadura
14/06/2023	Mantenimiento en general	Mantenimiento general, servicio de funcionamiento mecánico e hidráulico	Cambio de empaquetadura ,cambio de botellas etc

Ximenaleon_00@hotmail.com / CEL. 3102000959 - 3116644135

MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN


(PARA EVITAR SANCIONES DILIGENCIE CORRECTAMENTE EL FORMULARIO Y NO OLVIDE FIRMAR ESTA DECLARACION.

97809 0360873

DIAN

DECLARACION DE IMPORTACION

DO:094/97 SIN PEDIDO OFICINA CARTAGENA

ESPACIO RESERVADO PARA EL BANCO O ENTIDAD RECAUDADORA

BANCO DE BOGOTA 012024444

012040106405 9 - 1

012040106405 9 - 1

1 TIPO DE DECLARACION: INICIAL

CAJ. 16 MAY. 1997 OF. 204

RECIBIDO CON PAGO

DATOS GENERALES

7 DECLARACION IMPORTACION ANTERIOR No. — DIA MES AÑO ADMINISTRACION

4 ADMINISTRACION: CARTAGENA 0 6

5 DEPOSITO: 1 4 0 0 4

6 DECLARANTE AUTORIZADO: GERMAN VIVERO ARRAZOLA & CIA. LTDA. SIA. — FAX: 345-42-08

7 DOCUMENTO DE TRANSPORTE: DIA 21 MES 04 AÑO 97

9 NIT. 802.000.267 D.V. 9

10 NIT. 860.152.379 D.V. 1

13 ACTIVIDAD ECONOMICA 4 5 2 5

11 IMPORTADOR: MAVIL LTDA.

12 DIRECCION IMPORTADOR: TRANSV. 18 No. 79-16

15 CIUDAD: SANTAFE DE BOGOTA — DEPARTAMENTO: SANTAFE DE BOG. — CODIGO 1 1

16 EXPORTADOR O PROVEEDOR EN EL EXTERIOR: HOLT COMPANY OF TEXAS.

17 CIUDAD: SAN ANTONIO, TX. — PAIS: ESTADOS UNIDOS — CODIGO 2 4 9

18 DIRECCION EXPORTADOR O PROVEEDOR EN EL EXTERIOR: P.O. BOX 47155 SAN ANTONIO, TX. 78265.

TELEFONO (210)648-1111 — FAX (210)648-1111

19 PAIS PROCEDENCIA: ESTADOS UNIDOS — CODIGO 2 4 9

20 MODO TRANSPORTE: MARITIMA — CODIGO 1

21 BANDERA CODIGO 5 7 3

22 DEPARTAMENTO DESTINO: SANTAFE DE BOGOTA

23 EMPRESA TRANSPORTADORA: AGENCIA MARITIMA ALVAMAR LTDA.

24 DECLARACION DE CAMBIO: 0850 — DIA 26 MES 03 AÑO 97

25 INTERMEDIARIO M. CAMBIARIO: 0

26 TASA CAMBIO: 1.073

28 MODALIDAD: C 1 0 0 — No. CUOTAS: X X

29 SUBPARTIDA ARANCELARIA: 8 4 2 9 4 0 1 0 0 0 0 0

30 PAIS DE ORIGEN: 2 4 9

31 ACUERDO: X X X

32 FORMA PAGO DE LA IMPORTACION: X

33 TIPO DE IMPORT.: X

34 PAIS COMPRA: 0 1 2 4 9

35 PESO BRUTO KGS.: 6.509

36 PESO NETO KGS.: 6.509

37 TARIFA

38 DUCTOS — No. — SUBPARTIDAS

39 UNIDAD COMERCIAL: NUMERO DE ARTICULOS

40 CANTIDAD: 1

41 VALOR FOB DOLARES US $: 40.000,00

42 FLETES, SEGUROS Y OTROS GASTOS DOLARES US $: 2.825,80

43 AJUSTE VALOR DOLARES US $: 0

44 VALOR ADUANA DOLARES US $: 42.825,80

45 DESCRIPCION MERCANCIAS (INCLUYE MARCAS, SERIALES Y OTROS):
UN RODILLO DE TACOS (PATA DE CABRA) USADO-UTILIZADO PARA LA CONSTRUCCION Y CONSERVACION DE SUELOS Y CARRETERAS MARCA CATERPILLAR MODELO CP433B CON MOTOR DIESEL PERKINS MODELO 4-236I DE 102HP A 2500 R.P.M-TRANSMISION HIDROSTATICA CON RODILLO VIBRATORIO DE " 68 " DE DIAMETRO POR " 66 " DE ANCHO CON CUCHILLA DELANTERA, LIMPIADORA DE ACERO, CASILLA ROPS, ASIENTO PARA EL OPERADOR, " CONTINUA AL RESPALDO "

46 REGISTRO (R), LICENCIA (L), LICENCIA ANUAL (A) o PLAN VALLEJO (V): X LI No 002518 — CODIGO DE CONTROL: 7 8 7 1 — OFICINA: 0 3 — AÑO: 9 7

SI REQUIERE AMPLIAR LA DESCRIPCION (SUBPARTIDA 1 ó 2) CONTINUE AL DORSO

AUTOLIQUIDACION

CONCEPTO	%	BASE $	SUBTOTAL $
1 ARANCEL	7	45.985.059	3.218.954
2 I.V.A.	16	49.204.013	7.872.642
3 OTROS	0	0	0
4 TOTAL			11.091.596

LIQUIDACION POR SUBPARTIDAS ARANCELARIAS

45 2 — 28 MODALIDAD — Nº CUOTAS — 29 SUBPARTIDA ARANCELARIA — 30 PAIS DE ORIGEN — 31 ACUERDO — 32 FORMA PAGO DE LA IMPORTACION — 33 TIPO DE IMPORT. — 34 PAIS COMPRA — 35 PESO BRUTO KGS. — 36 PESO NETO KGS. — 37 TARIFA — 38 DUCTOS — SUBPARTIDAS — 39 UNIDAD COMERCIAL — 40 CANTIDAD — VALOR FOB DOLARES US $ — 42 FLETES, SEGUROS Y OTROS GASTOS DOLARES US $ — 43 AJUSTE VALOR DOLARES US $ — 44 VALOR ADUANA DOLARES US $ — 45 DESCRIPCION MERCANCIAS (INCLUYE MARCAS, SERIALES Y OTROS) — 46 REGISTRO (R), LICENCIA (L), LICENCIA ANUAL (A) o PLAN VALLEJO (V) — CODIGO DE CONTROL — OFICINA — AÑO

AUTOLIQUIDACION

CONCEPTO	%	BASE $	SUBTOTAL $
1 ARANCEL			
2 I.V.A.			
3 OTROS			
4 TOTAL			

47 Nº CERTIFICADO DE INSPECCION

52 FIRMA DECLARANTE

NOMBRE ALVARO VIVERO ARRAZOLA — CC Nº 7.459.268 — TELEFONO 345-22-51 — CIUDAD BARRANQUILLA

DIRECCION CARRERA 53 No. 75-109 OFC. No. 8

LEVANTE — MES — AÑO

54 FIRMA RESPONSABLE

ADMITE — CC Nº

PAGOS

60 CONCEPTO	A PAGAR	PAGADO CON ESTA DECLARACION
70 TOTAL ARANCEL	3.218.954	3.218.954
71 TOTAL I.V.A	7.872.642	7.872.642
72 TOTAL OTROS	0.000.000	0.000.000
73 SANCIONES	0.000.000	0.000.000
74 TOTAL	11.091.596	11.091.596
75 PAGOS ANTERIORES		00.000.000

FORMA DE PAGO

76 EFECTIVO	00.000.000
77 TARJETA	00.000.000
78 CHEQUE 11.091.596	CODIGO BANCO
Nº	
79 NUMERO OFICIAL DE PAGO ANTERIOR	DIA MES AÑO

80 ESPACIO RESERVADO DIAN ADJUDICACION ADUANERA

81 NOMBRE Y SELLO DEL BANCO O ENTIDAD RECAUDADORA

BANCO DE BOGOTA

16 MAY. 1997 OF. 204

RECIBIDO CON PAGO

DIAN 17-GIA-98

3a. COPIA - DECLARANTE - IMPORTADOR

Ximenaleon_00@hotmail.com / CEL. 3102000959 - 3116644135

MANIFIESTO DE IMPORTACION

CONTINUACION DE LA DECLARACION DE IMPORTACION Nº 97809 0360873

SUBPARTIDA 1: DESCRIPCION DE MERCANCIAS (Incluyendo marcas, seriales y otros)

LLANTA 14,9 X 24 COMPLETO CON TODOS SUS IMPLEMENTOS Y ACCESORIOS PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO.

AÑO DE FABRICACION 1992 - VALOR EQUIPO NUEVO US$93.400,00 -

SERIAL No. *IMG00565*

MOTOR No. LJ 33290*U473544Y*

COLOR : AMARILLO Y NEGRO -

IMG00565

LJ 33290U473544Y

CONTINUACION DE LA DECLARACION DE IMPORTACION Nº 97809 0360873

SUBPARTIDA 2: DESCRIPCION DE MERCANCIAS (Incluyendo marcas, seriales y otros)

Ximenaleon_00@hotmail.com / CEL. 3102000959 - 3116644135

Bogotá. D. C. 15 junio de 2023

Señores
A Quien Interese
Ciudad

Ref. Especificaciones Técnicas Vibrocompactador

A continuación, relaciono las características de la maquinaria Vibricompacatdor Caterpillar:

- Año de fabricación de 1992
- Caterpillar SC433B
- Motor Diesel Perkins .
- Rodillo vibrador de alineador 66
- Limpiador 66 de ancho con cuchilla delantera
- Limpiadora en acero
- Casilla rops
- Llanta 14, 9 / 24
- Serial No. 1MG00565
- Motor No. LJ33590*U473344Y
- Color Amarillo y negro

Cordialmente,



_____
José León

Bogotá. D. C. 15 junio de 2023

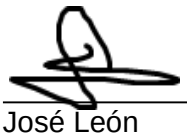
Señores:
A Quien Interese

Ref: Certificado de funcionamiento

Por medio del presente certifico que la VIBROCOMPACTADOR CATERPILLAR SC433B, se encuentra a disposición de ustedes y certifico que se encuentra en óptimas condiciones para su operatividad.

Lo anterior con el fin de garantizar el adecuado estado del equipo y optimizar su correcta operación.

Cordialmente;



José León

REGISTRO DE MANTENIMIENTO

FECHA DE MANTENIMIENTO
04-07-23
FECHA PROXIMO MANTENIMIENTO
XX-XX-XXX

EQUIPO VIBROCOMPACTADOR

MARCA CATERPILLAR

SERIE SC433B

ACEITES		
TIPO	**SI**	**NO**
ACEITE MOTOR	X	
ACEITE HIDRAULICO	X	
VALVULINA	X	

FILTROS		
TIPO	**SI**	**NO**
PARA MOTOR	X	
PARA HIDRAULICO	X	
AIRE (INT / EXT)	X	
COMBUSTIBLE	X	

OBSERVACIONES: Se realiza su respectiva revisiÓn general encontrándola en óptimas condiciones.



VoBo

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRES : JOSE DE JESUS

APELLIDOS : LEON TORRES

FECHA DE NACIMIENTO : 29 DE JULIO DE 1962

LUGAR DE NACIMIENTO : CORRALES (BOYACA)

CEDULA DE CIUDADANIA : 4.083.661

OCUPACIÓN :OPERADOR Y AUXILIAR DE OBRA

DIRECCIÓN : CLL 71 N. 94 A 48 SUR
BOSA RECREO

TELÉFONO : 3102000959

CIUDAD : BOGOTÁ D. C.

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIOS (5º) : Escuela Urbana Mixta de Corrales.
1975

SECUNDARIOS (7º) : Gustavo Jiménez
1977

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA **:** PABLO RIVERA
CARGO : OPERADOR DE MAQUINARIA AMARILLA
TIEMPO : 12 AÑOS
CIUDAD **:** BOGOTA D.C

EMPRESA **:** CONSTRUVICOL SA
CARGO : OPERADOR DE VIBROCOMPACTADOR
TIEMPO : 2 MESES
CIUDAD : CUNDINAMARCA

EMPRESA **:** OPCIÓN TEMPORAL Y CIA SAS
CARGO : OPERADOR DE VIBROCOMPACTADOR
TIEMPO : 1 AÑO Y 1 MESES
CIUDAD **:** BOGOTA D.C

EMPRESA **:** LUIS ANCELMO RODRIGUEZY CIA LTDA

CARGO : OPERADOR DE VIBROCOMPACTADOR

TIEMPO : 1 AÑO Y 4 MESES

CIUDAD : CUNDINAMARCA

REFERENCIAS PERSONALES

CINDY NEGRETE
INDEPENDIENTE
Teléfono: 3158893467

LEONARDO VALBUENA
OPERADOR
Teléfono: 3014745622

REFERENCIAS FAMILIARES

LADY LEÓN
INDEPENDIENTE
Teléfono: 3214456447

PAULA LEON
EMPLEADA
Teléfono: 3125863782

JOSE DE JESUS LEON TORRES
CC. No. 4.083.661 de Corrales, Boyacá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.083.661

LEON TORRES

APELLIDOS

JOSE DE JESUS

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1962

CORRALES
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-MAR-1981 CORRALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00208724-M-0004083661-20100112 0019842366A 1 1240111063

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

IMPORTANTE: no confíes su salud a tramitadores, acuda directamente a los centros médicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
SI-1106117510102 - NIT. 900171617-8

Este certificado médico es valido en el formato original y con el sello seco.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 06/07/22	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS	X	ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	

NOMBRE	JOSE DE JESUS LEON TORRES	IDENTIFICACION	4.083.661

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRÍA	X	OPTOMETRIA	X	ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO	X	PRUEBA VESTIBULAR	

INFORMACION ORGANIZACIÓN

EMPRESA	
CARGO	OPERADOR

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO		NO APTO	

Pablo Hernández Meneses
Medico Cirujano (UIS)
Esp. Higiene y Salud Ocupacional
Esp. Gestión Integrada QHSE
LSO 5902/19 - REG 91285554

RESULTADO EXAMENES	MEDICO, AUDIOMETRIA: ANORMAL, OPTOMETRIA: ANORMAL CON CORRECCION, GLICEMIA: NORMAL, COLESTEROL TOTAL: ANORMAL, TRIGLICERIDOS: NORMALES, EN CASO DE REQUERIR ESPIROMETRIA, ESTA NO SE PRACTICA POR REQUERIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD SOBRE COVID 19.
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: **HOMBROS**: amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy: normales; **CODO**: prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales; **MANO**: prueba de Finkelstein: normal, Tinel, Phanel: normales, **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES**: Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales.

TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA, APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	OBSERVACION	NINGUNA.

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06, Res 652 de 2012). Capacitar en el uso de los EPP requeridos para el cargo (Ley 9 Título III, arts. 85, 122, 123 y 124), según matriz de peligro (GTC 45, Dec 1563, Res 0144, Res 1111 de 2017), Capacitar en manejo de cargas (Res 2400 art. 390, 392 y las que apliquen). Utilizar protección auditiva cuando se superen los 80 dB (Res 627 y NTC 2272). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas-charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Pausas dinámicas cada 2 horas. CONTROL CON NUTRICIONISTA /CONTROL CON OTORRINO /UTILIZAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

PABLO HERNANDEZ FIRMA Y LSO PROFESIONAL 5902/19	C.C 4083661 FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

Pablo Hernández Meneses
Medico Cirujano (UIS)
Esp. Higiene y Salud Ocupacional
Esp. Gestión Integrada QHSE
LSO 5902/19 - REG 91285554

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparece al final del certificado para comprobar si el trabador asistió a la hora de los exámenes médicos ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado:** el que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de (1) a seis (6) años. **(Artículo 289 del Código Penal Colombiano).**

Principal: Cra. 21 No. 26 - 52 Sur * Tel. 408 1986 * Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 Sur * Tel. 239 7687 * 347 8768 ✆302 545 4106
Barrio Olaya - www.centromedicoolaya.com - centromedicoolaya@gmail.com

Escaneado con CamScanner

REPORTE DE AUDIOMETRIA

Nombre	José de Jesús León Torres	Fecha	06.07.22		
Documento	4083661	Edad	59	Sexo	H
Empresa	Independiente	Cargo	Operador		

Consentimiento: Yo _____ C.C. _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respeto a la valoración física que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme y oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea . Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Reconozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos y no cumplo los tratamientos ordenados puedan presentar reacciones adversas para mi salud.

Ha trabajado en ambiente ruidoso?	**SI**	/	**NO**					
Utilizaba protectores auditivos	**SI**	/	**NO**		**Copa**	/	**Desechables**		**Anatómicos**	

Ha presentado alguna de las siguientes condiciones?	SI	NO
Otalgia		
Otitis		
Otarrea		
Traumas		
Cirugías		
Acúfenos		
Transtorno equilibrio		
Hipertensión esencial		
Sinusitis		
Otros		

Realiza o practica alguna de las siguientes actividades?	SI	NO
Motocicleta / automovil	—	
Práctica de polígono		
Práctica de tejo		
Escucha música con audífonos		
música alto volumen		
Discotecas		
Instrumentos musicales		
Otros		

Fecha última audiometría realizada

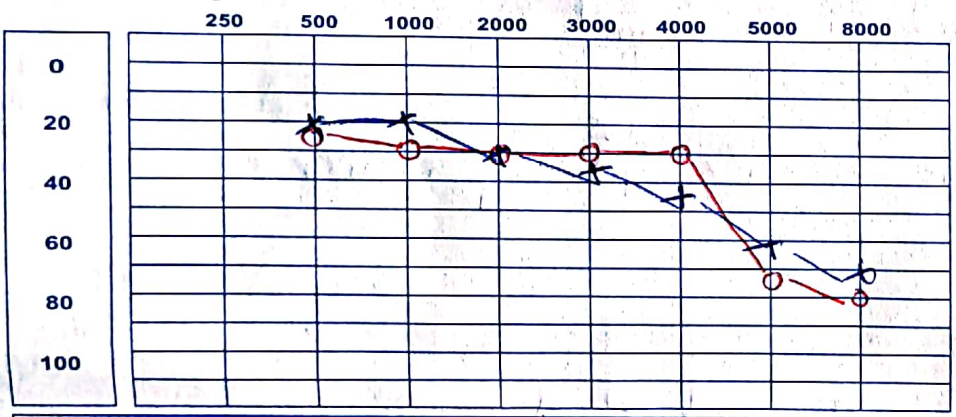
4 meses.

OTOSCOPIA

OBSERVACIONES - COMENTARIOS

NORMAL		
OÍDO	SI	NO
OD	/	X
OI		

FT: bifaler oil.



Diagnóstico

Disminución auditiva bilateral de grado leve a severo

Recomendaciones / Observaciones / Remisiones

Remisión leve oído bilateral - Audiometría Otoscopia

Firma profesional	María Fernanda Villarraga G. Fonoaudióloga U.I. C.C. 1032500228	Firma trabajador	

RESULTADO DE LABORATORIOS

Glicemia	83 Gm	Colesterol total:	208 Gm.	Triglicéridos	176 Gm
Serología	Reactiva:		No reactiva:		
Coprológico	Sin parasitos:		Con parasitos		
Frotis garganta	Normal:		Anormal		
KOH uñas	Sin hongos:		Con hongos:		
Uroanalisis	Normal:	Anormal:	Hemoglobina:	Normal:	Anormal:
Otros					

Dra. Geminis Castro López C.C. 62/544192 Registro Médico

Escaneado con CamScanner

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 110011775101/02
NIT. 900171517 - 3

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Jose Jesus don	EDAD: 59	FECHA: 6/07/22
IDENTIFICACIÓN:	4083661	TELÉFONO:	3102000959
CARGO:	operador	EMPRESA:	

Consentimiento: Yo _____ C.C. _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respeto a la valoración física que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme y oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea . Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Reconozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos y no cumplo los tratamientos ordenados puedan presentar reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACIÓN: operador | TIEMPO EN ESTE OFICIO: 17 años

UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN? SI X NO ____ CUAL? gafas

EVALUACIÓN DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
Lejos OD	20/1000	20/40
Lejos OI	20/500	20/30
Lejos AO	20/500	20/30
Cerca OD	0.5M	0.5M
Cerca OI	0.5M	0.5M
Cerca AO	0.5M	0.5M

RECOMENDACIONES

OFTALMOLOGÍA DIRECTA	OD: Normal	OI: Normal	AO: Normal	
Necesidad de corrección óptica:	Si			
Cromática:	NORMAL (		ANORMAL X	Ambos ojos - Ishihara
Test Estereopsis:	60 seg arco - Titmus.			
INTERPRETACIÓN:	Requiere uso Rx optica permanente			
OBSERVACIONES:				
RECOMENDACIONES:				

Dra. Geraldine Rondón Correa
OPTÓMETRA
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

REPORTE DE ESPIRÓMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA
IDENTIFICACIÓN:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUAPCIONALES

RESULTADOS DE PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO		
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACIÓN

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

Escaneado con CamScanner

CECAMACOL

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN LABORAL DE COLOMBIA
NIT. 28.918.453-6 - EDUCACIÓN INFORMAL - DECRETO 4904

ACREDITA QUE:

JOSE DE JESUS LEON TORRES

C.C 4,083,661

Participó en el curso de:

OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE MAQUINARIA PESADA

Con énfasis en

VIBROCOMPACTADOR

Con una intensidad de 150 horas teórico-prácticas



CODIGO: VB- 4083661-270

CENCAMACOL S.A.S.
NIT. 901.023.704-4
CEL - 312 406 86 21

Se expide en Soacha, el 26 de junio de 2022

GLADYS LILIANA OLAYA RIVEROS
C.C. No. 28.918.453
GERENTE

ANGGIE CATALINA ANDRADE OLAYA
C.C. 1,006,00,669
SECRETARIA

Para la verificación de este diploma comuníquese al Tel: (601) 8177359 Cel: 3124068621 – 3124960589 o al correo electrónico: cencamacol@gmail.com

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

JOSE DE JESUS LEON TORRES

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

4083661

Fecha nacimiento / Date of birth

29/07/1962

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3102000959

Correo electrónico / e-mail

ximenaleon_00@hotmail.com

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	Primer Refuerzo

Lote / Vaccine Batch

FA5843	31025BD	210963

Vacuna / Vaccine

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM

Centro vacunador / Administering Center

HOME SALUD SAS	UNIDAD DE SERVICIOS CALLE 42	UNIDAD DE SERVICIOS CALLE 26

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

30/05/2021	04/09/2021	12/02/2022

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

En cola / In queue	En cola / In queue	En cola / In queue

Fecha de emisión del documento / Document issued

16/11/2022	16/11/2022	16/11/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Inmunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

EL INSTITUTO GRI COMPANY SAS

"En cumplimiento de la Resolución 4272 de 2021 y demás normas complementarias"

CERTIFICA QUE

JOSE DE JESUS LEON TORRES

CC 4083661

Enviado por: JOSE DE JESUS LEON TORRES **NIT:** 4083661
REPRESENTANTE LEGAL: JOSE DE JESUS LEON TORRES
ARL: SURA

Curso y aprobó satisfactoriamente la acción de formación y entrenamiento:

TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO

Con Una Intensidad De (32) Horas
Realizado en la ciudad de Villavicencio, del 08 de Noviembre de 2022 a 11 de Noviembre de 2022

DORA NOHEMY RODRIGUEZ SIERRA
Entrenador EC Reg. 20019
Evaluador de Competencias laborales Sena Reg
Licencia, SST 81-732 / 2020
Gestion del Riesgo Integral Company S.A.S

Lady Marcela Sánchez Martínez
Gerente General
Licencia. SST 3752 / 2016
Gestion del Riesgo Integral Company S.A.S

Institución Educativa Para El Talento Y Desarrollo Humano Gri Company Nit: 900 892 983-6

Resolución Nº 1500-56.03 1795 de la secretaria de educación Licencia seguridad y salud en el trabajo - Resolución Nº 3753 Secretaria de Salud del Meta - Centro de Entrenamiento Para Trabajo Seguro en Alturas - Autorizada con Radicado 08SE2019220000000045994 Min.Trabajo Res. 1178 de 2017 - Certificado Nº CS-CER709434 Organismo Certificado ICONTEC

Para verificar la autenticidad del presente documento dirigirse a la pagina web www.gricompany.co o a los telefonos celulares 3143257703 o 314211465B.

Expedido en la ciudad de Villavicencio, meta, el 15-11-2022
Codigo de validación: 86221

GRI COMPANY

Min Trabajo 08SE2019220000000045994
ICONTEC Nº CS-CER709434
MIN. EDUCACIÓN 1795

NOMBRE: JOSE DE JESUS LEON TORRES
CC. 4083661

CURSO
TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO

Fecha de Inicio: **08-11-2022**
Lic. seguridad y salud en el trabajo Res. 3753 de 2013





ESTE CARNET ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE
LA ACTIVIDAD EJERCIDA POR EL TITULAR

EN CASO DE PERDIDA INFORMAR
INMEDIATAMENTE A LA EMPRESA

Representante Legal
Gestion del Riesgo Integral Company S.A.S

@GRICOMPANYSAS

314 3257703
300 2026742

@gri_companysas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9008938907
9008938907

No. de Radicación: 24152888
Fecha de Radicación: 06 07 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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 [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Cooperativa [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	3

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

6. Apellidos y nombres			
LEON	TORRES	JOSE	DE JESUS
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	4083661	Femenino [ ] Masculino [X]	29 07 1962

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: Condición:		20	NINGUNA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.000.000				
		Zona: Urbana [ ] Rural [ ]		

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	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
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		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	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											

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		
B1		
B2		
B3		

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)
LEON TORRES JOSE DE JESUS	CC	4083661	
39. Ubicación			
CLL 71 N 94A 48 BQ 3 CS 18	8888888	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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 [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte de inicio de prolongación a cónyuge [ ] 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 Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha novedad 06 07 2022
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 no estar afiliado en otro Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración: El cotizante se compromete a informar a los beneficiarios o afiliados adicionales que sus datos básicos serán tratados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
49. Declaración para la EPS: El cotizante declara bajo gravedad de juramento que la información aquí consignada es veraz y corresponde a la realidad.
50. Autorización para que la EPS realice el tratamiento de datos personales de menores de edad, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
51. Autorización para que la EPS realice el tratamiento de datos personales sensibles, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
52. Autorización para que la EPS verifique la información suministrada en el presente formulario.

DAS16405 Famisanar AUTORIZADO 06

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia de documentos de identidad	Cantidad	Total
		1

57. Copia del dictamen de discapacidad 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 (juzgado, tribunal) de divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o cesación de efectos civiles de matrimonio religioso o cualquier otro documento que acredite 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 reconocimiento en que conste la paternidad de la unión marital o la certificación adjuntando los pasos o la base de datos oficial que así lo acredite, expedida por la autoridad competente.
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 acta administrativa o providencia de las autoridades administrativas 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 de 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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: INDEPENDIENTE Por cuenta Propia.

71. Firma del funcionario 3125

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.

INTERNET

Cambio Tipo Trabajador - Dependiente a Independiente

Escaneado con CamScanner

VALIDO UNICAMENTE PARA CERTIFICADOS CON FIRMA Y SELLO DE SEGURIDAD EN ORIGINAL

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 5902 de 21/06/2019

"Por la cual se Renueva Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 8 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) PABLO EMILIO HERNANDEZ MENESES, identificado(a) con CC 91265654 de BUCARAMANGA ha solicitado la Renovación de la Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo otorgada mediante Resolución No. 5334 del 04/08/2009 , expedida por La Secretaría Distrital de Salud

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO. Renovar Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a PABLO EMILIO HERNANDEZ MENESES, identificado(a) con CC 91265654 de BUCARAMANGA, como MEDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA EN HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL

ARTICULO SEGUNDO. La licencia renovada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- HIGIENE INDUSTRIAL
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- EDUCACION Y CAPACITACION
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA

Cra 32 No 12-81
Tel: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Línea 364 9666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fecha Impresión: 21/06/19

VALIDO UNICAMENTE PARA CERTIFICADOS CON FIRMA Y SELLO DE SEGURIDAD EN ORIGINAL

Continuación de la Resolución No 5902 de 21/06/2019 por la cual se renueva Licencia de Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo

- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ARTICULO TERCERO: La presente renovación de Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones aceptadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a PABLO EMILIO HERNANDEZ MENESES informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 21/06/2019

SANDRA PATRICIA CHAVEZ REYES
Directora de Calidad de Servicios de Salud

VALIDO UNICAMENTE PARA CERTIFICADOS CON FIRMA Y SELLO DE SEGURIDAD EN ORIGINAL

VALIDA UNICAMETE CON CERTIFICADOS CON SELLO ORIGINAL Y FIRMA REGISTRADOS EN NUESTRA BASE DE DATOS

Bogotá D.C 9/6/19
A la fecha notifico personalmente al señor (a) Pablo Hernandez
C.C # 91.265.654 de Bucaramanga
Teléfono 3[illegible] 8373[illegible]
Cargo #666 ⊕
Firma
Revisó: Clara [illegible]
Aprobó: Sandra Patricia Chavez Reyes

Cra. 32 No. 12-81
Tel: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fecha: 06-07-19
Nombre: jose de jesus leon Torres
Empresa: 1.083661 obras civiles S.A.S.
Cargo: operador
Celular:

EL PRESENTE DA CONSENTIMIENTO A LA VALORACIÓN FÍSICA

VALIDO UNICAMENTE PARA CERTIFICADOS CON FIRMA Y SELLO DE SEGURIDAD EN ORIGINAL

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 5902 de 21/06/2019

"Por la cual se Renueva Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales contenidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) PABLO EMILIO HERNANDEZ MENESES, identificado(a) con CC 91269854 de BUCARAMANGA, ha solicitado la Renovación de la Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, otorgada mediante Resolución No. 5334 del 04/08/2009 , expedida por La Secretaria Distrital de Salud

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Renovar Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a PABLO EMILIO HERNANDEZ MENESES, identificado(a) con CC 91269854 de BUCARAMANGA, como MEDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA EN HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia renovada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- HIGIENE INDUSTRIAL
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- EDUCACION Y CAPACITACION
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA

Cra 32 No 12-81
Tel: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

VALIDO UNICAMENTE PARA CERTIFICADOS CON FIRMA Y SELLO DE SEGURIDAD EN ORIGINAL

VALIDA UNICAMETE CON CERTIFICADOS CON SELLO ORIGINAL Y FIRMA REGISTRADOS EN NUESTRA BASE DE DATOS

Continuación de la Resolución No 5902 de 21/06/2019 por la cual se renueva Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ARTICULO TERCERO: La presente renovación de Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones otorgadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a PABLO EMILIO HERNANDEZ MENESES informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 21/06/2019

CAROL PATRICIA CHARRY ROJAS
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Elaboró: Helena
Revisó: Clara Helena Villalobos Rodriguez
Aprobó: Carol Patricia Charry Rojas

Bogotá D.C 9/8/19
A la fecha notifiqué personalmente al(a)
señor (a) Pablo Emilio Hernandez
C.C.# 91.269.854
Teléfono 3[illegible] 8373 4
[illegible] #666 4 (9)

VALIDO UNICAMENTE PARA CERTIFICADOS CON FIRMA Y SELLO DE SEGURIDAD EN ORIGINAL

Cra 32 No. 12-81
Tel: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fecha: 06-07-23
Nombre: jose de jesus leon Torres
Empresa: 1.083661 obras civiles 4.C.
Cargo: operador
Celular:

EL PRESENTE DA CONSENTIMIENTO A LA VALORACIÓN FÍSICA

OBRAS CIVILES L.C.

NIT. 1.033.689.671-0

Bogotá, D.C., 1 marzo del 2023

Señores:
A Quien Interese
Ciudad

Ref: Certificado de Idoneidad

Por medio del presente certifico que el señor JOSE DE JESUS LEON TORRES, identificado con cédula de ciudadanía No. 4.083.661, desempeña el cargo de OPERADOR DE VIBROCOMPACTADOR, con una experiencia de más de diez (10) años y es la persona idónea para desempeñar esta función.

La presente certificación se expide, en Bogotá a los 01 días del mes de marzo del año Dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente;

Jefferson Leon
Cel: 3116644135

Medellín, 01 de marzo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C4083661	LEON TORRES JOSE DE JESUS	02/12/2022		167y2156	DEPENDIENTE	

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/03/2023 16:11:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.25, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 **JOSE DE JESUS LEON TORRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4083661,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/1982** 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 01 de marzo 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

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

N2023/3686
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 02/09/2023
Pre – ocupacional o Ingreso [X] **Pos – ocupacional Egreso** [ ] **Periódico** [ ]



Nombre: JOSE DE JESUS LEON TORRES
Identificación: 4.083.661
Peso: 75 KG
Edad: 61 AÑOS
Empresa: LEON CRUZ JEFFERSON JULIAN 1033689671-0
Género: M
EPS: FAMISANAR
Cargo: OPERADOR DE MAQUINA PESADA

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS					
*OPTOMETRIA	[X]	*GLICEMIA	[X]	*RADIOGRAFÍA	[ ]
*AUDIOMETRIA	[X]	*COLESTEROL	[X]	*ELECTROCARDIOGRAMA	[ ]
*ESPIROMETRIA	[X]	*TRIGLICERIDOS	[X]	*OTRO	_____
*PRUEBA DE EQUILIBRIO	ESTABLE [X]	INESTABLE [ ]			
*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL	[X]	*OSTEOMUSCULAR	NORMAL [X]		
*NECROLÓGICO	NORMAL [X]	*PSICOSENSOMETRICO	NORMAL [ ]		

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL		
*APTO PARA EL CARGO [X]	*APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X]	*APTO CON RESTRICCIONES [ ]
*NO APTO [ ]		
*OBSERVACIONES _____		

EXAMEN PERIODICO	
*PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI [ ] NO [ ]	*REUBICACION LABORAL [ ]
*OBSERVACIONES _____	

EXAMEN DE EGRESO
*SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [ ] CUAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DE PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
NO PRESENTA PATOLOGÍAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 08 DE MAYO 2020

Responsable: Dra. Karen Liseft Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE