REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.092.348.252

GRANADOS RIVERA

APELLIDOS

JESUS ANDELFO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-MAY-1991

GRAMALOTE
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

05-JUN-2009 VILLA DEL ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/02/2024

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900699135	**Cédula Usuario:**	CC 72205856
Nombre:	CONSTRUCCION ASEO Y SUMINISTRO SAS				
Dirección:	CL 4A 4D 13 SUR				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	CONSTRUSGTASEO@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3203573634		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 72205856	SANDRO GAVIRIA TORRES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	333	02/02/2024	CC 1092348252	GRANADOS RIVERA JESUS	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

4C66DDFD482C92F27DA7BE53F60E4983

Certificado impreso el día 2/1/2024 6:10:02 PM por el portal de empresas Edesk

Powered by CamScanner

- 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 Sin/cuenta para beneficiarios 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

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN X
2. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante X
3. RÉGIMEN: C. Contributivo X
4. TIPO DE AFILIADO: A. Dependiente X
5. FECHA DE LA SOLICITUD:

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GRANADOS	RIVERA	JESUS	ANDELFO

1. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	2. NÚMERO DE IDENTIDAD	3. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
X	1082348252	X	24/05/1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

9. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	11. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	12. ADMINISTRADORA DE CESANTÍAS	13. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SURA	PORVENIR	1300000	CL 143 B 149 A 18	SURA

16. DEPARTAMENTO	17. CIUDAD / MUNICIPIO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
BOGOTA	BOGOTA		3208744136	fads@gmail.com

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

22. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	23. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	24. NÚMERO DE IDENTIDAD	25. SEXO	26. FECHA DE NACIMIENTO	27. PARENTESCO	28. BENEFICIOS

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

30. Nombre o Razón Social	31. Tipo documento de identidad	32. Número documento de identidad	DV	33. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSTRUCCION ASEO Y SUMINISTROS	X	900699135		

34. DIRECCIÓN	35. DEPARTAMENTO	36. CIUDAD / MUNICIPIO	37. TELÉFONO	38. CORREO ELECTRÓNICO
CL 4 A 4 D 13	BOGOTA	BOGOTA	4521508	3KASOLUCIONESYASESORIAS@GMAIL.COM

39. FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	40. CARGO	41. SALARIO
01/02/2024	AYUDANTE	1300000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

1. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE UBICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN INCORRECTOR DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS
6. INSCRIPCIÓN 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
14. AL REGIMEN CONTRIBUTIVO
15. AL REGIMEN SUBSIDIADO
16. TRASLADO
17. [illegible]
18. [illegible]

nueva
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE
CLASE AFILIADO
FECHA

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

42. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO

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

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada no extraprocesal. Declaro que conozco con ofiso Notaría: Identificación con: No.
residente en la ciudad de del mes del año
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos beneficiarios(as) dependen económicamente de mí.
47. Declaración de buena conducta en oficina o Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de vínculos de unión marital de hecho. Declaro bajo la gravedad de juramento que existe la unión de hecho entre mi cónyuge o compañero(a) permanente y yo, con una vigencia superior a dos (2) años, que me impide formalizar dicha unión marital mediante el matrimonio civil o religioso.
49. Declaración de no cotización al sistema. Declaro bajo la gravedad de juramento que no he cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el último mes calendario inmediatamente anterior a la fecha de presentación de la solicitud de afiliación.
50. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado en salud.
51. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en dos instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
52. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Adaptada.
53. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
54. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
55. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
56. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
57. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
58. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
59. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
60. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
61. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
62. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
63. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
64. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.
65. Declaración de no afiliación simultánea. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado simultáneamente en una institución Prestadora de Servicios de Salud y en una entidad Promotora de Salud.

VIII. FIRMAS

JESUS GRANADOS
Firma del solicitante, cabeza de familia o beneficiario

SANDRO GAVIRIA
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

66. Anexo copia del documento de identidad: CN	RC	TI	CE	PA	CD	SC	PE
Cantidad:							

Total:

67. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente.
68. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
69. 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 existencia de la unión marital.
70. Copia del certificado de defunción o acta de entrega del mismo.
71. Copia de la sentencia judicial o del acto administrativo de custodia.
72. Documento en que conste la petición de la junta provisional o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cabeza de familia, la existencia de los dos padres.
73. Copia de la autorización de ingreso con fines de la Superintendencia Nacional de Salud.
74. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
75. Copia del acta administrativa o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o de sistema de afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

76. Identificación de la Entidad Territorial		77. Datos del SISBEN			78. Fecha de radicación	79. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

80. Datos del funcionario que realiza la validación

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JESUS ANDELFO GRANADOS RIVERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.092.348.252**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 1 de Febrero del 2024.

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.

Powered by CamScanner

...ato de Afiliación, Adición ...odificación del Trabajador y ...upo Familiar

compensar

1. Datos del trabajador * Campos obligatorios

Tipo doc. * CC | Número de identificación * 1092348252 | Género * F | Estado Civil * SO UL SE VI

Nombres * Jesus Andelfo | Primer apellido * Granados | Segundo apellido * Rivera

Fecha de Nacimiento 24051991 | Nacionalidad Colombia | Teléfono fijo * | Celular *

Dirección residencia * | Ciudad Bogotá | * Correo electrónico *

Normalizar migrantes | Uso exclusivo de Compensar | Retener migrantes

- Para fines comerciales de los servicios brindados por la Caja de Compensación Familiar, autorizo enviarme información comercial, publicitaria o promocional sobre sus servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos y/o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios sociales de la Caja de Compensación. Autorizo a Compensar el envío de información a través de: *

E - Mail | Si [X] No [ ] | Celular | Si [X] No [ ]

2. Datos del empleador

Tipo doc. NI | Número de identificación 900699135-0 | Nombre de empresa o razón social Construccion aseo y suministro SAS

Fecha de ingreso a la empresa 02022024 | Horas labor mes | Salario básico mensual 1'300.000 | Cargo Ayudante | Teléfono oficina - Extensión 3209413357

Trabaja en otra empresa: Si [ ] No [X] | Empresa donde trabaja simultáneamente | Salario básico mensual (otra empresa) o ingreso adicional

3. Datos del cónyuge o compañero(a) permanente

Adición [ ] Retiro [ ] | Tipo doc. | Número de identificación | Fecha de nacimiento | Género M F | Nacionalidad

Nombres | Primer apellido | Segundo apellido | Trabaja actualmente Si [ ] No [ ] | Independiente [ ] | Dependiente [ ]

Sueldo básico mensual | Caja de Compensación a la cual está afiliado | Recibe subsidio actualmente Si [ ] No [ ] | Observaciones (Campo exclusivo de Compensar)

4. Datos de los beneficiarios (padres, hijos o hermanos)

Adición [ ] Retiro [ ] | Tipo doc. | Número de identificación | Fecha de nacimiento | Parentesco HI [ ] PA [ ] HE [ ] | Género M F | Nacionalidad

Nombres | Primer apellido | Segundo apellido

Beneficiario de pago / Tercero autorizado | Aprobado Servicios Si Subsidio Si | Uso exclusivo de Compensar: Observaciones; Normalizar; Retener

Adición [ ] Retiro [ ] | Tipo doc. | Número de identificación | Fecha de nacimiento | Parentesco HI [ ] PA [ ] HE [ ] | Género M F | Nacionalidad

Nombres | Primer apellido | Segundo apellido

Beneficiario de pago / Tercero autorizado | Aprobado Servicios Si Subsidio Si | Uso exclusivo de Compensar: Observaciones; Normalizar; Retener

Adición [ ] Retiro [ ] | Tipo doc. | Número de identificación | Fecha de nacimiento | Parentesco HI [ ] PA [ ] HE [ ] | Género M F | Nacionalidad

Nombres | Primer apellido | Segundo apellido

Beneficiario de pago / Tercero autorizado | Aprobado Servicios Si Subsidio Si | Uso exclusivo de Compensar: Observaciones; Normalizar; Retener

Adición [ ] Retiro [ ] | Tipo doc. | Número de identificación | Fecha de nacimiento | Parentesco HI [ ] PA [ ] HE [ ] | Género M F | Nacionalidad

Nombres | Primer apellido | Segundo apellido

Beneficiario de pago / Tercero autorizado | Aprobado Servicios Si Subsidio Si | Uso exclusivo de Compensar: Observaciones; Normalizar; Retener

En caso de ser padre pensionado, afiliado a otra Caja o estar laborando escriba la entidad pensionadora, nombre de la Caja o empresa donde labora:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta informe ha sido examinado por mi y que todos los datos son exactos. Consiento y autorizo de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo prevista en la Ley 1581 de Protección de datos personales, según lo anuncia el presente documento; y que conozco (he leído) el aviso de privacidad, incluido al respaldo de este formato.

Uso exclusivo de Compensar

Firma del trabajador (a) * Grandos Jesus | Firma y sello del empleador

Tipo y N° de identificación 1092348252

Observaciones

Para uso exclusivo de Compensar - Número de documentos aceptados

136.

VIGILADO SuperSubsidio

Powered by CamScanner

CONSTRUCCION - ASEO & SUMINISTRO S.A.S

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR DETERMINADA

Nombre del Empleador	CONSTRUCCIÓN ASEO Y SUMINISTROS S.A.S
Domicilio del Empleador	Calle 4ª # 4d – 13 Bogotá D.C., Colombia
Nombre del EMPLEADO	Granados Rivera Jesus
Documento de identidad	1092348252
Fecha de Nacimiento	24-Mayo-1991
Teléfono del Empleado	
Dirección del Empleado	
Cargo a Desempeñar	Ayudante
Salario Ordinario Mensual	1.300.000
Periodos de Pago	Catorcenal
Fecha de Iniciación de Labores	02-Febrero-2024
Ciudad donde ha sido Contratado	Bogotá D.C
Obra o Labor Contratada	Ayudante

Entre los suscritos **SANDRO GAVIRIA TORRES** quien actúa en representación de **CONSTRUCCIÓN ASEO Y SUMINISTROS SAS,** constituida y domiciliada en Bogotá D.C con **NIT 900699135-0** quién en adelante se llamará el **EMPLEADOR** por una parte y Granados Rivera Jesus, identificado con CÉDULA DE CIUDADANIA **N°** 1092348252 en adelante denominado **EL EMPLEADO,** por la otra, acuerdan celebrar el presente **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACIÓN DE UNA OBRA O LABOR DETERMINADA** regido por las siguientes cláusulas.

PRIMERA OBJETO: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del **EMPLEADO** para desempeñar las actividades inherentes al cargo de Ayudante, para la cabal ejecución de la obra o labor contratada de manera específica con este contrato referidas en la parte inicial.

SEGUNDA REMUNERACIÓN: EL EMPLEADOR pagará como contraprestación por su labor al **EMPLEADO,** el salario asignado, pagaderos por periodos quincenales vencidos. El salario se pagará mediante transferencia electrónica o consignación en la cuenta bancaria de "**EL EMPLEADO**". Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos. **PARÁGRAFO:** los pagos de la mensualidad correspondiente, se realizarán a más tardar dentro de los **cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento del mes correspondiente.**

TERCERA: OTROS PAGOS O BENEFICIOS. Las partes acuerdan que cualquier bonificación, beneficio o auxilio habitual u ocasional, en dinero o especie, por concepto de vivienda, alimentación o cualquier otro que considere el **EMPLEADOR** al **EMPLEADO** por mera libertad,

Powered by CamScanner

VIGÉSIMA SEGUNDA: el presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Se entiende incorporados al presente contrato de trabajo, los reglamentos de Higiene y Seguridad Industrial interno de Trabajo y demás que estableciere de manera autónoma el **EMPLEADOR**. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Igualmente se entiende incorporados en el presente contrato, todas las circulares e instrucciones impartidas por el **EMPLEADOR** con anterioridad a la fecha de suscripción del presente contrato, que complementen o desarrollen las previsiones aquí consagradas.

Para constancia de todo lo anterior se firma el presente contrato en la ciudad de Bogotá D.C a los **DOS** días (02) del mes Febero del dos mil veinticuatro(2024).

EL EMPLEADOR:

SANDRO GAVIRIA TORRES
CC. 72205856
Representante Legal

EMPLEADO:

Granados Jesus
NOMBRE Granados Ruera Jesus
CC 1092348252
Trabajador

Powered by CamScanner

MEDIC EXPERT

Siempre Pensado en tú Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	**2024-01-31**	**EXAMEN:**	**INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA**
NOMBRE DEL PACIENTE:	**GRANADOS RIVERA JESUS ANDELFO**		
IDENTIFICACION:	**1092348252**	**RH:** **A+** **EDAD:** **32**	**GENERO:** **M**
FECHA DE NACIMIENTO:	**1991-05-24**	**TELEFONO DE CONTACTO:**	**3208744136**

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	**CONSTRUCCION ASEO Y SUMINISTRO SAS**	**NIT:**	**900699135-0**
ESCOLARIDAD:	**BACHILLER**	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	**AYUDANTE**

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia	X	Trigliceridos	X	Colesterol	X	Otros:	X

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar:	NINGUNA						
Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272:	SI	X	NO		N/A		
Apto para laborar en Espacios Confinados:	SI	X	NO		N/A		
Apto para el cargo	SI	X	NO		N/A		

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optomeria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO Dra. Gloria L. Vega Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U.de Buenos Aires Arg.	**FIRMA:**	HUELLA
NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR	**NOMBRE: GRANADOS RIVERA JESUS ANDELFO**	
	DOCUMENTO: 1092348252	