REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.032.468.743
AVILA PLAZAS
APELLIDOS
YULIAN LLAMPIER
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 20-SEP-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
17-ENE-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	334	02/02/2024	CC 1032468743	AVILA PLAZAS YULIAN	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.

MES_4_1_1_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

4C66DDFD482C92F27DA7BE53F60E4983 Certificado impreso el día 2/1/2024 6:12:18 PM por el portal de empresas Edesk

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9010801880

9010801880

No. de Radicación: 27378748

Fecha de Radicación: 01 02 2024

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de tramite	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. Colectivo C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	A. Cotizante X B. Cónyuge o compañero C. Hijo D. Padre E. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

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

6. Apellidos y nombres				
	AVILA	PLAZAS	YULIAN	LLAMPIER

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino / Masculino	10. Fecha de nacimiento
CC	1032468743	Masculino X	20 09 1994

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo / Capacidad	13. Pueblo Indígena	14. Grupo de población especial	15. Régimen de salud anterior: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización	18. Residencia		
$1.300.000		Zona Urbana / Rural	

III. 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 Femenino / Masculino	23. Fecha de nacimiento
			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
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01				D D M M A A A A		
02						
03						
04						
05						

	31. Discapacidad Tipo	Condición	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)
01								
02								
03								
04								
05								

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)

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)
CONSTRUCCION ASEO Y	NT	900699135	

39. Dirección	Teléfono	Municipio	Departamento
CL 4A 4D 13	3142160521	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 vinculación en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reingreso 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 pensiones 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 del traslado 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 Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
			D D M M A A A A	01 02 2024

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 terminación de carrera de hasta mayor o igual soltería que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de ratificación 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 la presente, 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 del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma del representante legal de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: 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 actual judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que consta la pérdida de la patria privalidad 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 circulación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta 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

70. 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 OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YULIAN LLAMPIER AVILA PLAZAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.468.743**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias 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

Formato de Afiliación, Adición y Modificación del Trabajador y Grupo Familiar

compensar

1. Datos del trabajador * Campos obligatorios

Tipo doc. * CC | Número de identificación * 1032468743 | Género * M | Estado Civil * SO UL SE VI

Uso exclusivo de Compensar: Normalizar requisitos | Retener requisitos

Nombres * Julian Vampier | Primer apellido * Avila | Segundo apellido * Plazas

Fecha de nacimiento 20091994 | Nacionalidad Colombiano | Teléfono fijo * | Celular *

Dirección residencia * | Ciudad Bogotá | * Correo electrónico *

- 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, incitar, 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 [ ] No [X]

2. Datos del empleador

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

Fecha de ingreso a la empresa 02022024 | Horas labor mes | Salario básico mensual 1'300.000 | Cargo Ayudante | Teléfono oficina - Extensión 3209913357

Salario básico mensual (otra empresa) o ingreso adicional

Trabaja en otra empresa: Si [ ] No [X] | Empresa donde trabaja simultáneamente

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 este informe ha sido examinado por mí 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 previsto en la Ley 1581 de protección de datos personales, según la empresa en el presente documento; y doy consigo (he leído) el aviso de privacidad, incluido el respaldo de esta formato.

Firma del trabajador (a) * Avila Julian | Firma y sello del empleador

Tipo N° de identificación 1032468743

Observaciones

Para uso exclusivo de Compensar - Número de documentos aceptados

Uso exclusivo de Compensar

108

VIGILADO SuperSubsidio

Caja de Compensación Familiar COMFENALCO Cundinamarca — Ley 1914 de 2018

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	Avila Plazas Julian Llampier
Documento de identidad	1032468743
Fecha de Nacimiento	20-Septiembre-1994
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 Avila Plazas Julian, identificado con CÉDULA DE CIUDADANIA **N°**1032468743, 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:

Avila Julian
NOMBRE Avila Plazas Julian

CC 1032468743
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:	**AVILA PLAZAS YULIAN LLAMPIER**		
IDENTIFICACION:	**1032468743**	**RH:** **O+** **EDAD:** **29** **GENERO:**	**M**
FECHA DE NACIMIENTO:	**1994-09-20**	**TELEFONO DE CONTACTO:**	**320430680**

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	Triglicéridos	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: AVILA PLAZAS YULIAN LLAMPIER**	
	DOCUMENTO: 1032468743	