Medellín, 26 de Abril de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO MONIQUIRA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1054679889	AGUDELO SAMACA JOSE DOMINGO	29/04/2024		126146s2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10323728542411765621

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 26/04/2024 18:13:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.245.254.15, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.335.387

GUIZA QUITIAN

APELLIDOS

FERNANDO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-FEB-1987

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

05-AGO-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00012291-M-1022335387-20060610 0000434441A 1 1540013070

Medellín, 26 de April de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1022335387	GUIZA QUITIAN FERNANDO	29/04/2024		24413F52	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/04/2024 18:11:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.245.254.15, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
19.417.792
NUMERO
VANEGAS TORRES
APELLIDOS
PEDRO ANICETO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
15-JUL-1960
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-MAR-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 19417792

PEDRO ANICETO VANEGAS TORRES

15-07-1960

O+

12-05-2022

CONDUCIR CON LENTES

SDM - BOGOTA D.C.



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B3			PARTICULAR
C3			PUBLICO

LC03004517363

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900905675-0	PROCIVING SAS	CL 51 71 A 18 OF 201	3837687	recursoshumanos.prociving@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-03	E	11/04/2024	76112375	$2.155.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	58.300	0		0		0	0	0	0	58.300	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	133.800	0		0		0	0	0	0	133.800	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	535.100	0	0	0	0	0	0		535.100	2
230301	Porvenir	800224808-8	649.000	0	0	0	0	0	0		649.000	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	431.500				431.500	0	0	431.500			4.315	431.500	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	296.100	0	0	296.100	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	244.100	244.100
Pensión	2	1.184.100	1.184.100
Riesgos Laborales	1	431.500	431.500
CCF	1	296.100	296.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	2.155.800	2.155.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900905675-0	PROCIVING SAS		CL 51 71 A 18 OF 201	3837687	recursoshumanos.prociving@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-03	E	11/04/2024	76112375	$2.155.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022443543	LOPEZ FIGUEROA CAROL GISELLE	1	0			S																	230201	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
2	CC	1032392248	LOPERA ZAPATA LAURA DANIELA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	19417792	VANEGAS TORRES PEDRO ANICETO	1	0			S							X										230201	1.344.000	215.100	0	0	0	0	EPS017	1.344.000	53.800	14-11	1.344.000	5	93.600	CCF24	1.344.000	53.800	0	0	0	0	0
4	CC	79280354	SABOGAL SANCHEZ HERNAN	1	0			S							X										230301	1.456.000	233.000	0	0	0	0	EPS008	1.456.000	58.300	14-11	1.456.000	5	101.400	CCF24	1.456.000	58.300	0	0	0	0	0
5	CC	1032372854	SANABRIA JIMENEZ LAUDY VIVIANA	51	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0		0	0	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

Nombre:	RICARDO MONTAÑEZ CACERES
Cédula de Ciudadanía:	1.057.590.712 de Sogamoso
Fecha de nacimiento:	23 de Octubre de 1992
Lugar de nacimiento:	Sogamoso-Boyacá
Estado civil:	Soltero
Licencia de conducción:	C1
Dirección:	Barrió Monquira (Sogamoso-Boyacá)
Celular:	3214683834
Profesión:	Operador de Retrocargador

PERFIL LABORAL

Operario de maquinaria pesada retroexcavadora, emprendedor responsable, honesto, entusiasta y disciplinado. Con la firme intención de contribuir al proceso de crecimiento de la entidad a la cual pertenezca. Capaz de incentivar y mantener entre compañeros de trabajo bases de respeto mutuo, con facilidad para adaptarse a los cambios y con el deseo constante de mejorar a nivel personal y profesional.

ESTUDIOS REALIZADOS

Estudios Secundarios: Institución Educativa Técnica José Acevedo Y Gómez
Mongui - Boyaca.
Bachiller académico 2010.

TALLERES Y CURSOS

- Operador de VIBROCOMPACADOR
  Institución Educativa Para El Trabajo Y Desarrollo Humano ADAM
  Villavicencio - Meta
  2021 (60 horas)

- Operador de MINICARGADOR
  Institución Educativa Para El Trabajo Y Desarrollo Humano ADAM
  Villavicencio - Meta
  2021 (40 horas)

- Operador de RETROCARGADOR
  SENA
  Sogamoso - Boyacá
  2020 (competencia laboral)

- Operador de equipo pesado
  (MINICARGADOR, RETROCARGADOR Y EXCAVADORA DE ORUGA)
  Corporación para el desarrollo Multiempresarial CODEMM
  Sogamoso – Boyacá
  2018 (120 horas)

EXPERIENCIA LABORAL

- **Empresa:** **Unión Temporal Gas Aguazul**
  Cargo Operador de retrocargador
  Tiempo laborado: 3 meses
  Jefe inmediato: Edinson Sandoval
  Teléfono: 3142380141

- **Empresa:** **SYMAQ S.A.S**
  Cargo Operador de minicargador
  Tiempo laborado: 3 meses
  Jefe inmediato: Hugo Alexander Alarcón
  Teléfono: 3132628172

- **Empresa:** **GLAR INGENIERÍA SOGAMOSO**
  Cargo Operador de retrocargador
  Tiempo laborado: 05/JUL/2016 al 13/ENE/2017
  01/ENE/2018 al 30/JUN/2018
  08/ENE/2019 al 15/NOV/2019
  Jefe inmediato: Gustavo Restrepo
  Teléfono: 3209628267

- **Empresa:** **M.P.J. INGENIERIA S.A.S**
  Cargo Operador de minicargador
  Tiempo laborado: 23 meses
  Jefe inmediato: Yeison Camilo Martínez
  Teléfono: 3108786921

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre: *JORGE ENRIQUE AVENDAÑO*
Oficio: *Inspector de Obra*
Celular: *3124740472*

Nombre: *BERNARDINO SOTO*
Oficio: *Operador De Retrocargadora*
Celular: *3138553008*

Nombre: *HUGO ALEXANDER ALARCON*
Oficio: *Ingeniero Geólogo*
Celular: *3132628172*

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre: *MAURICIO CÁCERES ACEVEDO*
Parentesco: *(Tío)*
Oficio: *Operador de Excavadora*
Celular: *3202318410*

Nombre: *ÁNGELA PATRICIA CÁCERES*
Parentesco: *(Tía)*
Oficio: *Ingeniera ambiental*
Celular: *3125444905*

_____.

RICARDO MONTAÑEZ CACERES
C.C. 1.057.590.712 Sogamoso

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.057.590.712**

MONTAÑEZ CACERES

APELLIDOS

RICARDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1992**

SOGAMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-OCT-2010 SOGAMOSO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0727700-00280101-M-1057590712-20110208 0325711347A 1 27697168



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1057590712

APELLIDOS Y NOMBRES
MONTAÑEZ CACERES
RICARDO

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC 2022	2ª LÍNEA 31 - DIC 2032	3ª LÍNEA 31 - DIC 2042

PROFESIÓN EMPLEADO

FECHA DE EXP. 17 ENE 2011

CDTE. DE DISTRITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

3015575

EJ COM 857

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1057590712

NOMBRE

RICARDO MONTAÑEZ CACERES

FECHA DE NACIMIENTO

23-10-1992

GRUPO RH

B+

FECHA DE EXPEDICIÓN

18-08-2016

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

INST TTOyTTE MCPAL SOGAMOSO

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	30-01-2026	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	18-08-2026	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	18-08-2019	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02003326358


CORPORACIÓN PARA
EL DESARROLLO
MULTIEMPRESARIAL
Lic. Funcionamiento 378 del 18 de Oct. de 2017
y Resolución de Programas Técnicos
482 del 29 de Noviembre de 2017
Secretaría de Educación de Sogamoso
OPERADOR DE EQUIPO PESADO
RICARDO
MONTAÑEZ CÁCERES
CC 1.057.590.712


Este documento es personal e intransferible, identifica
al titular como Operador de Equipo Pesado
de la Corporación para el Desarrollo Multiempresarial
Ing. David Benitez Medina
Director de Proyectos y Calidad

La República de Colombia

y en su nombre

La Institución Educativa Técnica

José Acevedo y Gómez

de Monguí - Boyacá

Autorizada por la Secretaría de Educación Departamental, según Resolución No. 2412 del 19 de Octubre de 2004,

Confiere a :

Ricardo Montañez Cáceres

1,057,590,712 de Sogamoso

El Título de :

Bachiller Académico

Modelo Educativo: FUNDACION ITEDRIS Investigación tecnológica y educación para el desarrollo regional integral y sostenible

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los Planes y Programas vigentes.

Anotado al Folio No. 130 Libro de Registro No. 07

Acta de Grado No. 06 Fecha 12 diciembre/2010

Rector

Secretaria

Dado en Monguí a, 12 de diciembre de 2010

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

ADAM

ADAM
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Resolución No. 1500-56-03-2689 de la Secretaría de Educación
Nit. 900709355-9

AQ CERTIFICATION
CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMOVILÍSTICA
Decreto 1500 de 2009 del Ministerio de Transporte y Resolución 3245 de 2009 del Ministerio de Transporte decreto 1079 de 2015 del Ministerio de Transporte; Artículos: 2.3.1.1.1 al 2.3.1.1.6; 2.3.1.2.1 al 2.3.1.2.5; 2.3.1.5.1 al 2.3.1.5.9; 2.3.1.6.1; 2.3.1.6.2; 2.3.1.7.1; 2.3.1.7.2; 2.3.1.8.2.

CONSTANCIA
DE ASISTENCIA

RICARDO MONTAÑEZ CACERES

Identificado (a) con C.C. No. *1057590712*

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

OPERADOR DE MINICARGADOR

Con una Intensidad de 40 horas

Expedido el 15-01-2021 en la ciudad de Villavicencio, Meta

ACADEMIA DE CONDUCCIÓN
ADAM

INTELIGENCIA VIAL URIALA

FIRMA AUTORIZADA

MinEducación
MinTransporte

www.ieadam.com.co

CODIGO DE VERIFICACION
AM035094

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

ADAM

ADAM
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Resolución No. 1500-56-03-2689 de la Secretaría de Educación
Nit. 900709355-9

AQ CERTIFICATION
CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMOVILÍSTICA
Decreto 1500 de 2009 del Ministerio de Transporte y Resolución 3245 de 2009 del Ministerio de Transporte decreto 1079 de 2015 del Ministerio de Transporte; Artículos: 2.3.1.1.1 al 2.3.1.1.6; 2.3.1.2.1 al 2.3.1.2.5; 2.3.1.5.1 al 2.3.1.5.8; 2.3.1.8.1; 2.3.1.8.2; 2.3.1.7.1; 2.3.1.7.2; 2.3.1.8.2.

CONSTANCIA
DE ASISTENCIA

RICARDO MONTAÑEZ CACERES

Identificado (a) con C.C. No. *1057590712*

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

OPERADOR DE VIBROCOMPACTADOR

Con una Intensidad de 60 horas

Expedido el 14-01-2021 en la ciudad de Villavicencio, Meta

ACADEMIA DE CONDUCCION
ADAM

INTELIGENCIA VIAL

FIRMA AUTORIZADA

MinEducación
MinTransporte

www.ieadam.com.co

CODIGO DE VERIFICACION
AM035095

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

RICARDO MONTAÑEZ CACERES

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1057590712

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Operar maquinaria pesada de acuerdo con manual del fabricante y tipo de labor / Retrocargador - NIVEL INTERMEDIO

Código: 270101120 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en SOGAMOSO. A los veintitres (23) días del mes de Noviembre de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

867955 - 23/11/2020
No Y FECHA REGISTRO

JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN
Subdirector CENTRO MINERO
REGIONAL BOYACÁ

Vigencia:
hasta el 23 de Noviembre de 2023

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9111002701011204CC1057590712C.

CORPORACION PARA EL DESARROLLO MULTIEMPRESARIAL

CODEMM

RES. 376 DEL 18 DE OCTUBRE DE 2017 DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DE SOGAMOSO
RES. 482 DEL 29 DE NOVIEMBRE DE 2017 DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DE SOGAMOSO
EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Certifica que:

MONTAÑEZ CACERES RICARDO

Identificado con cedula de ciudadanía No. 1.057.590.712 de Sogamoso

Participó y Asistió en esta institución al

CURSO DE OPERADOR DE EQUIPO PESADO

(MINICARGADOR, RETROCARGADOR Y EXCAVADORA DE ORUGA)

Con una intensidad de 120 horas

CORPORACIÓN CODEMM

Director de Proyectos y Calidad
Ing. David Benítez Medina

Dado en Sogamoso a los tres (03) días del mes de Junio de 2018
Registrado en el Libro 01 Folio 05 Diploma 120
Nota: La verificación de los certificados se hace en nuestra pagina web: www.codemm.co

SYMAQ S.A.S.
SERVICIOS DE INGENIERÍA Y MAQUINARIA

Sogamoso, 1 de Junio de 2020.

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE SYMAQ S.A.S.
NIT. 901370790-5

HACE CONSTAR QUE:

El Señor RICARDO MONTAÑEZ CACERES identificado con cedula de ciudadanía número 1.057.590.712 de Sogamoso (Boyacá), labora para esta compañía desempeñando el cargo de OPERADOR DEL MINICARGADOR O BOBCAT, el cual es empleado en obras de infraestructura.

La presente se expide por solicitud del interesado, a los uno (1) días del mes de junio del 2020. Acogiéndonos al permiso otorgado por el Municipio de Sogamoso para el reinicio de labores, soportado mediante el código QR que se presenta.

Cordialmente,

Ing. HUGO ALEXANDER ALARCÓN GONZALEZ
Representante Legal
c.c. 74081978
I.G - E.G.V – MSc. Geotécnia.

Permiso válido únicamente para desplazamiento al lugar de trabajo donde se encuentre la maquinaria, para el regreso a casa y para actividades y diligencias propias de la labor.

CL-20191112-1

En Cumplimiento a la Obligación 7ª del Artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo GLAR INGENIERIA S.A.S Certifica que:

El señor **Ricardo Montañez Cáceres** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.057.590.712** de Sogamoso (Boyacá), laboro en esta empresa en los siguientes periodos de tiempo:

- 05 julio del 2016 al 13 enero 2017
- 01 enero 2018 al 30 junio 2018
- 08 enero 2019 a la fecha

Desempeñándose como **OPERADOR DE RETROEXCAVADORA (PAJARITA),** la vinculación laboral fue por OBRA O LABOR CONTRATADA.

La presente se expide en Sogamoso (Boyacá) a solicitud del interesado a los doce (12) días del mes de noviembre de 2019, sin que implique alguna responsabilidad de nuestra parte.

Atentamente,

GLAR INGENIERÍA NIT. 900.107.097-1

NELSI MARIBEL SIERRA RODRIGUEZ
Asistente administrativo
GLAR INGENIERÍA S.A.S
NIT: 900.107.097-1

M.P.J. INGENIERIA S.A.S.

CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES, CONSULTORIA TECNICA

NIT. 900.740.482-6

CERTIFICADO LABORAL

Yo, **YEISON CAMILO MARTINEZ PARRA,** identificado con cedula de ciudadanía No.1.052.386.920 de Duitama, CERTIFICO que el señor RICARDO MONTAÑEZ CACERES identificado con cedula de ciudadanía No.1.057.590.712 de Sogamoso, ha prestado sus servicios en la empresa MPJ INGENIERIA S.A.S, desempeñando el cargo de Operador de Mini Cargador, desde el 23 de agosto de 2018 hasta EL 15 de Noviembre de 2018,durante el periodo de tiempo mencionado, ha mostrado responsabilidad, honestidad, y cumplimiento en todas sus labores asignadas.

Para constancia se firma a los (03) días del mes de Diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente

Ing. Yeison Camilo Martinez Parra.
C.C.1052.386.920 de Duitama
Representante Legal

DIRECCION: CARRERA 4 N°. 17ª-43 OFICINA 203 DUITAMA- BOYACA
TEL. 7635305 - 3108786921 e-mail. mpjingenieria@gmail.com

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901370790	5	SYMAQ SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 34 # 23-89	SOGAMOSO-BOYACA	7710335	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-03	506557637	9464198932	E	2024/03/21	2024/03/11	BANCO DE BOGOTA	0	$2,115,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (6 Afiliados)						$6,830,000	$1,092,800			$6,830,000	$273,200			$6,835,633	$273,500			$6,830,000	$475,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (6 Afiliados)						$6,830,000	$1,092,800			$6,830,000	$273,200			$6,835,633	$273,500			$6,830,000	$475,500		$0	$0
Ciudad: SOGAMOSO Depto: BOYACA (6 Afiliados)						$6,830,000	$1,092,800			$6,830,000	$273,200			$6,835,633	$273,500			$6,830,000	$475,500		$0	$0
1	CC	74081978	ALARCON HUGO	25-14	30	$1,500,000	$240,000	EPS037	30	$1,500,000	$60,000	CCF10	30	$1,500,000	$60,000	14-23	30	$1,500,000	$104,400	30	$0	$0
2	CC	46387430	ALARCON JOHANA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
3	CC	1057605652	GONZALEZ DAVID	230301	3	$130,000	$20,800	EPS037	3	$130,000	$5,200	CCF10	3	$135,633	$5,500	14-23	3	$130,000	$9,100	3	$0	$0
4	CC	1057593443	GUZMAN NELSON	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
5	CC	1057590712	MONTAÑEZ RICARDO	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
6	CC	1052378199	NIÑO HERNANDO	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
Total			**Afiliados(6)**			$6,830,000	$1,092,800			$6,830,000	$273,200			$6,835,633	$273,500			$6,830,000	$475,500		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901370790	5	SYMAQ SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 34 # 23-89	SOGAMOSO-BOYACA	7710335	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-03	506557637	9464198932	E	2024/03/21	2024/03/11	BANCO DE BOGOTA	0	$2,115,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$1,092,800	$0	$0	$1,092,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$240,000	$0	$0	$240,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$852,800	$0	$0	$852,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$475,500	$0	$0	$475,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$475,500	$0	$0	$475,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$273,500	$0	$0	$273,500
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	6	$273,500	$0	$0	$273,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$273,200	$0	$0	$273,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$52,000	$0	$0	$52,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$221,200	$0	$0	$221,200
TOTAL				**6**	**$2,115,000**	**$0**	**$0**	**$2,115,000**

Bogotá D.C., 30 de abril de 2024.

Señores
GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS
R.L. Luz Andrea Fajardo Corredor
cavena@gavinco.com / afajardo@gavinco.com
Teléfonos: 2367974 - 6215383
Carrera 48 # 101A-29
Bogotá D.C

GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES
HORA: 5:25 P.M FECHA: 30-ABR-2024
Folios: 1 Radicado:20242211
Anexos: 1
Recibido por : Paola P.
Recibido para Estudio - No implica Aceptación

CMONIQUIRÁ-CE-063
Al responder cite este consecutivo

Referencia: Contrato de Obra No. 3269 de 2023, cuyo objeto es "MEJORAMIENTO Y REHABILITACION DE LA VIA MONIQUIRA – TOGUI, MUROS DE CONTENCION, DEPARTAMENTO DE BOYACA".

Asunto: Documentos de ingreso personal.

Respetado(s) Señor(es),

Por medio de la presente el suscrito, **EDWIN JAVIER LINARES GARCÍA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.013.623.379, obrando en su calidad de representante legal suplente del **CONSORCIO MONIQUIRÁ,** por medio de la presente comunicación, nos permitimos relacionar el personal y maquinaria que dio ingreso el día de hoy 30 de abril.

RELACION PERSONAL DE OBRA					
NOMBRE	**CEDULA**	**CARGO**	**EMPRESA**	**AFILIACIONES**	
				AFILIACION ARL	**PLANILLA DE SS**
Maria Irma Segura Moreno	1054678073	Auxiliar SST	CONSORCIO MONIQUIRA	**SI**	**NA**

Quedamos atentos a cualquier inquietud.

EDWIN JAVIER LINARES GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL (S)
CONSORCIO MONIQUIRÁ

ELABORÓ: Ing. Carol Lopez -Ing. de Apoyo Consorcio Moniquirá.

Anexo: documentación Personal

HOJA DE VIDA



INFORMACION PERSONAL

NOMBRE:	MARIA IRMA SEGURA MORENO
IDENTIFICACION:	C.C.1054678073 de Moniquirá Boyacá
FECHA DE NACIMIENTO:	14 de febrero 1986
LUGAR DE NACIMIENTO:	Moniquirá (BOYACÁ)
DIRECCION:	CRA 9 No. 10-61 Cardenales
ESTADO CIVIL:	Unión libre
TELEFONO:	3138327564 – 3144281754
E-MAIL:	segura0214@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Profesional en Gestión de la Seguridad y la Salud Laboral, Coordinadora de trabajo seguro en Alturas, Auditor interno en ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018. Poseo conocimientos dentro de los cuales se destaca el apoyo en el diseño, ejecución y evaluación de SGSST en el sector público y privado. Realizando actividades como: Matriz de riesgos, requisitos legales y EPP, inducción y reinduccion en SST, planes de promoción y prevencion, políticas en SST,programas de orden y aseo, inspecciones, señalización, procedimientos en SST, planes de emergencias y contingencia, capacitaciones, charlas de seguridad, investigación de accidentes de trabajo, esto con base en la normatividad legal vigente.

Buen desempeño, seriedad, honestidad y responsabilidad en el desarrollo de las actividades asignadas y excelente actitud para trabajar en equipo e individualmente, con compromiso y respeto consigo mismo con los compañeros y demás personas inmersas en el ámbito laboral. Recursiva y siempre dispuesta a fortalecer los conocimientos adquiridos dentro del desarrollo de las labores asignadas para beneficio propio y de la empresa o entidad que represente.

ESTUDIOS

FORMACION PROFESIONAL

ESPECIALISTA EN GESTIÓN AMBIENTAL
En formacion

POLITECNICO GRAN COLOMBIANO
Profesional en Gestión de la Seguridad y Salud Laboral

ESTUDIOS TÉCNICOS

TÉCNICO EN SEGURIDAD
Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA"
Moniquirá (Boyacá)

ESTUDIOS SECUNDARIOS

CENTRO JOHANN KEPLER
Moniquira (Boyacá)

BASICA PRIMARIA

ESCUELA GASPAR RAMIREZ
Moniquira (Boyacá)

FORMACION COMPLEMENTARIA

AUDITOR INTERNO EN ISO 9001:2015, ISO14001:2015, E ISO 45001: 2018
CONSEJO COLOMBIANO DE SEGURIDAD

COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST
ARL (POSITIVA)

SUPERVISIÓN Y GESTION DE RESIDUOS PELIGROSOS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

ADMINISTRATIVO PARA JEFES DE AREA EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

BASICO DE SALUD OCUPACIONAL.
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

SALUD OCUPACIONAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD, SEGURIDAD TRABAJO Y SALUD EN EL TRABAJO.
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

ENGLISH DOT WORKS BEGINNER.
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

ENGLISH DOT WORKS 2
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

REENTRENAMIENTO NIVEL AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

CURSO ESPECIAL EN APLICACIÓN EN HOJA DE CALCULO EXCEL
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

CURSO ESPECIAL EN INFORMÁTICA MICROSOFTWORD EXCEL INTERNET
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

ACCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DEL LESIONADO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

ISO 9001:2008 FUNDAMENTACION SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

AUDITORIA INTERNA EN CALIDAD - NTC ISO 9001
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

ADMINISTRACION DOCUMENTAL EN EL ENTORNO LABORAL
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

EXPERIENCIA LABORAL

CONSORCIO ARLEDY RAMIREZ PARDO ARP
Cargo: Profesional en SST
Funcion: Diseño administración y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Jefe inmediato: Manuel Fernando Gamba Rincón
Fecha de inicio: 22 de octubre de 2022 a octubre 31 de 2023.

HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ
Cargo: Apoyo SG.SST
Funcion: Apoyo a la Gestión para la actualización y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.".
Jefe inmediato: Luis Antonio Pérez Laverde
Fecha de inicio: 01 de enero de 2021 a 31 de julio de 2021.

HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ
Cargo: Apoyo SG.SST
Funcion: Apoyo a la Gestión para la actualización y ejecución Del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.".
Jefe inmediato: Jaime Alirio Vargas Albarrin
Fecha de inicio: 25 de junio de 2019 a Diciembre 31 de 2020.

GRECO SOS SAS
Cargo: Inspector de Seguridad y Salud en el Trabajo
Funciones: Apoyo en la ejecución e implementación SG-SST
Jefe inmediato: Edwin Yesid Ariza Mora
Fecha de inicio de labores: Febrero de 2018 – enero de 2019.

CONSTRUtech
Cargo: Auxiliar SST
Funciones: Apoyo en la ejecución del SG, SST
Jefe inmediato: Pablo Alejandro López Aguilera
Fecha de inicio de labores: enero 2017- febrero 2018.

CAFÉ CULTURA
Cargo: Auxiliar operativa
Funciones: Procesamiento, distribucion y mercadeo de café
Jefe inmediato: Rodrigo Bermúdez García
Fecha de inicio de labores: febrero 2017- noviembre 2017.

GRECO SOS S.A.S
Cargo: Técnico en Seguridad Ocupacional.
Funciones: Apoyo en la ejecución e implementación SG-SST en las diferentes empresas a las cuales GRECO SOS S.A.S. les presta asesoría.
Jefe inmediato: Edwin Yesid Ariza Mora
Fecha de inicio de labores: Septiembre de 2016 –Diciembre 2016

GRECO SOS S.A.S
Cargo: Aprendiz Sena en Seguridad Ocupacional.

Funciones: Apoyo en la ejecución e implementación de SG, SST Hospital Regional de Moniquira
Jefe inmediato: Edwin Yesid Ariza Mora
Fecha de inicio de labores: Febrero- agosto 2016

BARENA
Cargo: Atencion a cliente
Funciones: Manejo de caja e inventarios, atencion a cliente
Jefe inmediato: Ernestina Reyes

REFERENCIAS FAMILIARES

ROSALBA SEGURA MORENO
Cargo actual: Psicóloga
Celular: 3143918675
Parentesco: Hermana

MIGUEL YAMIR URAZAN
Cargo actual: Topógrafo
Celular: 3144281754

REFERENCIAS PERSONALES

KAROL ALEJANDRA CUEVAS
Cargo actual: Arquitecta
Celular: 3114507838

YUDY ALEXANDRA ALVARES NIÑO
Cargo actual: Enfermera
Celular: 3105592276

MARIA IRMA SEGURA MORENO
C.C.1054678073

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.054.678.073

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DEL LESIONADO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Duitama, a los diecisiete (17) días del mes de marzo de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
MARIA CONCEPCION PACHECO DE COMBARIZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

MARIA CONCEPCION PACHECO DE COMBARIZA
SUBDIRECTORA
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL
REGIONAL BOYACÁ

33641800 - 17/03/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9110001133001CC1054678073C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1054678073

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DOCUMENTAL EN EL ENTORNO LABORAL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los veinticuatro (24) días del mes de abril de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
ALVARO JESUS TORRENEGRA BARROS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ALVARO JESUS TORRENEGRA BARROS
Subdirector
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL ATLÁNTICO

58511364 - 24/04/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9302001861427CC1054678073C.

El Consejo Colombiano de Seguridad

Certifica que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

identificado(a) con número de documento 1.054.678.073

Cursó y aprobó el proceso de formación como

AUDITOR INTERNO EN ISO 9001: 2015, ISO 14001: 2015 E ISO 45001: 2018

Realizado el 26 de Agosto de 2021 en Bogotá, Colombia

Intensidad horaria: 120 horas

Adriana Solano Luque
Presidenta Ejecutiva
Consejo Colombiano de Seguridad

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1054678073

Cursó y aprobó la acción de Formación

AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD - NTC ISO 9001

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los veintidos (22) días del mes de abril de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogota, Colombia

JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
Subdirector
CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION
REGIONAL ATLÁNTICO

58502401 - 22/04/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9208001861135CC1054678073C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.054.678.073

Cursó y aprobó la acción de Formación

BÁSICO DE SALUD OCUPACIONAL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Moniquirá, a los veintitres (23) días del mes de noviembre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
DAGOBERTO JUAN BERDUGO HERNANDEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

DAGOBERTO JUAN BERDUGO HERNANDEZ
SUBDIRECTOR
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL
REGIONAL BOYACÁ

29804650 - 23/11/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 930500991024CC1054678073C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cédula de Ciudadanía No. 1054678073

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACION DE COORDINADORES PARA TRABAJO EN ALTURAS

con una duración de 16 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Barbosa. a los veintidos (22) dias del mes de noviembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



MIGUEL ANDRE PARDO CEPEDA
Subdirector
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE
REGIONAL SANTANDER

87565557 - 22/11/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9546002664022CC1054678073C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cédula de Ciudadanía No. 1054678073

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACION DE COORDINADORES PARA TRABAJO EN ALTURAS

con una duración de 16 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Barbosa. a los veintidos (22) dias del mes de noviembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



MIGUEL ANDRE PARDO CEPEDA
Subdirector
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE
REGIONAL SANTANDER

87565557 - 22/11/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9546002664022CC1054678073C.

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Centro Johann Kepler

Autorizado por la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá, D. C.,
según Resolución No. 2091 del 1 de julio de 1999,
Resolución No. 07-2724 de Octubre de 2010
Resolución No. 04391 del 20 de Septiembre de 2011
y Resolución No. 110041 del 31 de Enero de 2012

Confiere a:

MARIA IRMA SEGURA MORENO

C. C. 1054678073 de Moniquirá (Boy)

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Academica, según los planes y programas vigentes

Oscar Aguilar Páez
Rector(a)

John César Triviño
Secretario(a)

CENTRO JOHANN KEPLER
EL CONOCIMIENTO ES PODER

ANOTADO FOLIO No. 34 DEL LIBRO DE REGISTRO No. 221
DADO A LOS 30 DIAS DEL MES DE Noviembre DE 2013

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.054.678.073

Cursó y aprobó la acción de Formación

INFORMATICA: MICROSOFT WORD, EXCEL E INTERNET

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Moniquirá, a los nueve (9) días del mes de octubre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
DAGOBERTO JUAN BERDUGO HERNANDEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

DAGOBERTO JUAN BERDUGO HERNANDEZ
SUBDIRECTOR
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL
REGIONAL BOYACÁ

31946043 - 09/10/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9305001060139CC1054678073C.

POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

Personería Jurídica: Resolución 19349 del 4 de Noviembre de 1980,
Ministerio de Educación Nacional, Reforma Estatutaria 8963 del 11 de Septiembre de 1991

En atención a que:

Maria Irma Segura Moreno

CC *No.* 1054678073 *Expedida en* Moniquir§

Ha cursado todos los estudios y cumplido los requisitos establecidos por la Institución y las disposiciones legales, le otorga el título de

Profesional en Gesti· n de la Seguridad y la Salud Laboral

y le expide el presente diploma que acredita su idoneidad, en testimonio de lo cual se firma.

Bogot§ D.C.,marzo 31 de 2022

EL DECANO

EL RECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

Diploma 103752 *registrado en Libro* 13*, Folio* 79*, Reg. Interno* 112719

Este Diploma se registró en la Institución con base en las disposiciones legales, especialmente el Decreto No. 2150 del 5 de diciembre de 1995

Registrado en el Libro de actas 17*, Folio* 196

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.054.678.073

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio, a los cuatro (4) días del mes de diciembre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
JOSE TOBIAS CHISCO RUIZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOSE TOBÍAS CHISCO RUIZ
Subdirector (E)
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

32614170 - 04/12/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9532001101284CC1054678073C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.054.678.073

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMAS DE GESTION DE CALIDAD - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Caucasia, a los tres (3) días del mes de diciembre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
BRAULIO MANUEL SUAREZ ORTEGA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

BRAULIO MANUEL SUAREZ ORTEGA
SUBDIRECTOR
COMPLEJO TECNOLOGICO PARA LA GESTION AGROEMPRESARIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

32653091 - 03/12/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9501001102140CC1054678073C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.054.678.073

Cursó y aprobó la acción de Formación

ENGLISH DOT WORKS LEVEL 1 - INGLÉS 1

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Armenia, a los veinticuatro (24) días del mes de julio de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
CARLOS FABIO ALVAREZ ANGEL
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS FABIO ALVAREZ ANGEL
SUBDIRECTOR DE CENTRO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO
REGIONAL QUINDÍO

28408262 - 24/07/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953800984235CC1054678073C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.054.678.073

Cursó y aprobó la acción de Formación

ENGLISH DOT WORKS 2

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pereira, a los siete (7) días del mes de julio de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
EVELIO GIRALDO SAAVEDRA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EVELIO GIRALDO SAAVEDRA
SUBDIRECTOR
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

36154055 - 07/07/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9121001207064CC1054678073C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.054.678.073

Cursó y aprobó la acción de Formación

ENGLISH DOT WORKS BEGINNER - INGLÉS

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Manizales, a los dieciseis (16) días del mes de agosto de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
ELKIN MAURICIO AVILA OSORIO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ELKIN MAURICIO AVILA OSORIO
SUBDIRECTOR
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CALDAS

37332303 - 16/08/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9306001236761CC1054678073C.

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Territorial Quindio - Risaralda

Dirección de Capacitación - Risaralda

CERTIFICA QUE:

MARIA IRMA SEGURA MORENO

C.C 1.054.678.073

PARTICIPÓ en el DIPLOMADO

ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL I

Realizado en Dosquebradas, Risaralda entre el 13 de Septiembre y el 21 de Octubre de 2022

Con una intensidad de 80 horas, Se expide en DOSQUEBRADAS, el 2 de Noviembre de 2022

LUIS ALBERTO SIERRA PAJOY

Director Territorial Quindio - Risaralda - ESAP

El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

Para verificar la autencidad del certificado, ingrese a https://sirecec3.esap.edu.co y digite el código. Código: bea6f527-7aea-4888-9786-80ecac35867d

APROBACIÓN MINTRABAJO
08SE2022220100000031519
08 DE JULIO DE 2022

CEFECOL

CENTRO DE FORMACIÓN EDUCAR DE COLOMBIA S.A.S

NIT 901.486.560-7

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA

En cumplimiento de la Resolución 4272 de 2021
Hace constar que:

MARIA IRMA SEGURA MORENO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1054678073

EMPRESA: MARIA IRMA SEGURA MORENO
REP. MARIA IRMA SEGURA MORENO
NIT: 1054678073
ARL: SURA

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogota el 10 agosto 2023. Se expide en Bogota el 10 agosto 2023

Expedido en Bogotá el 10 de agosto de 2023

NANCY LORENA RIOS FORERO
REPRESENTANTE LEGAL

TSA - 4234

CRISTIAN YESID SALCEDO
RESOLUCION S.O 13785 25/11/2016

CELAC
Trabajo en Alturas
NTC 6072
No. 30.478-1

Para verificar la validez de este certificado consulte la página www.cefecol.com
Cra 78C N° 59-40 Sur. Bogotá Celular: 3015468248 Email:verificacioneducarcolombia@gmail.com

NTC 6072: 2014 Emitida por CELAC código 30.478 - 1
Acreditado por ONAC con el código 18-CPR-002

CEFECOL CENTRO DE FORMACIÓN
EDUCAR DE COLOMBIA S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

NOMBRE:
MARIA IRMA SEGURA MORENO

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 1054678073

CONSECUTIVO
TSA-4234

EXPEDICIÓN
10 de agosto de 2023

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3015468248 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.CEFECOL.COM

Representante Legal

www.cefecol.com

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1054678073

Cursó y aprobó la acción de Formación

SUPERVISION Y GESTION DE RESIDUOS PELIGROSOS

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Quibdó. a los once (11) dias del mes de julio de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
Subdirector
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD
REGIONAL CHOCÓ

83919715 - 11/07/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9522002567878CC1054678073C.

ARL

La República de Colombia, el Ministerio de Trabajo y ARL SURA

CERTIFICA QUE

MARIA IRMA SEGURA MORENO

C1054678073

HA FINALIZADO CORRECTAMENTE LA FORMACIÓN

ACTUALIZACIÓN VIRTUAL SGSST (20 HORAS)

HORAS CERTIFICADAS

20



En testimonio de lo anterior, firma Andres Felipe Gomez Mena
Gerente de Diseño y Desarrollo ARL, el día 10 de julio de 2023
Registro Certificado de Oferente de Seguros de Riesgos Laborales Suramericana S.A. RCO-0003.

PValHCUkkp

El Consejo Colombiano de Seguridad

Certifica que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

identificado(a) con número de documento 1.054.678.073

Participó en

DIPLOMADO: SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN EN SEGURIDAD, SALUD, AMBIENTE Y CALIDAD HSEQ

Realizado el 26 de Agosto de 2021 en Bogotá, Colombia

Intensidad horaria: 120 horas

Adriana Solano Luque
Presidenta Ejecutiva
Consejo Colombiano de Seguridad

CVA.1405.172566.1844.2021-05-24

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

MARIA IRMA SEGURA MORENO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.054.678.073

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

SEGURIDAD OCUPACIONAL

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Moniquirá,
al primer(1) día del mes de septiembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
DAGOBERTO JUAN BERDUGO HERNANDEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

DAGOBERTO JUAN BERDUGO HERNANDEZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL
REGIONAL BOYACÁ

25834266 - 01/09/2016
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 930500868147CC1054678073C.

Bogotá D.C., 07 de mayo de 2024.

Señores
GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS
R.L. Luz Andrea Fajardo Corredor
cavena@gavinco.com / afajardo@gavinco.com
Teléfonos: 2367974 - 6215383
Carrera 48 # 101A-29
Bogotá D.C

GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES
HORA: 4:31 P.M FECHA: 07-MAY-2024
Folios: 1 Radicado:20242324
Anexos: 4
Recibido por : Paola P.
Recibido para Estudio - No implica Aceptación

CMONIQUIRÁ-CE-067
Al responder cite este consecutivo

Referencia: Contrato de Obra No. 3269 de 2023, cuyo objeto es "MEJORAMIENTO Y REHABILITACION DE LA VIA MONIQUIRA – TOGUI, MUROS DE CONTENCION, DEPARTAMENTO DE BOYACA".

Asunto: Documentos de ingreso personal.

Respetado(s) Señor(es),

Por medio de la presente el suscrito, **EDWIN JAVIER LINARES GARCÍA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.013.623.379, obrando en su calidad de representante legal suplente del **CONSORCIO MONIQUIRÁ,** por medio de la presente comunicación, nos permitimos relacionar el personal y maquinaria que dará ingreso el día de hoy 07 de mayo.

RELACION PERSONAL DE OBRA					
NOMBRE	**CEDULA**	**CARGO**	**EMPRESA**	**AFILIACIONES**	
				AFILIACION SGSSS, ARL	**PLANILLA DE SS**
Luz Idaly Pinilla Quintero	1030609168	Auxiliar Vial	CONSORCIO MONIQUIRA	**SI**	**NA**
José Raúl Espinosa González	71730139	Topógrafo	CONSORCIO MONIQUIRA	**SI**	**NA**
Manuel Hinestroza	11974102	Pilero	H&A CONSTRUCCIONES CIVILES	**SI**	**NA**
Alexander Alberto López	1032375337	Pilero	H&A CONSTRUCCIONES CIVILES	**SI**	**NA**

RELACION PERSONAL DE OBRA					
NOMBRE	**CEDULA**	**CARGO**	**EMPRESA**	**AFILIACIONES**	
				AFILIACION SGSSS, ARL	**PLANILLA DE SS**
Álvaro Méndez Rodríguez	5887801	Conductor	H&A CONSTRUCCIONES CIVILES	**SI**	**NA**
Mosquera Palacios Francisco	12023134	Pilero	H&A CONSTRUCCIONES CIVILES	**SI**	**NA**
Jair López Caldero	1143386531	Oficial de obra	H&A CONSTRUCCIONES CIVILES	**SI**	**NA**
Nelson Becerra Córdoba	71.387.196	Auxiliar de construcción	H&A CONSTRUCCIONES CIVILES	**SI**	**NA**
Nicolás López Mosquera	11796638	Pilero	H&A CONSTRUCCIONES CIVILES	**SI**	**NA**
Teófilo Valencia Mosquera	11646473	Pilero	H&A CONSTRUCCIONES CIVILES	**SI**	**NA**
Wilson Hernández Rojas	13956382	Maestro de obra	H&A CONSTRUCCIONES CIVILES	**SI**	**NA**
Wilson Rojas Rodríguez	94287188	Maestro de obra	H&A CONSTRUCCIONES CIVILES	**SI**	**NA**

Quedamos atentos a cualquier inquietud.

EDWIN JAVIER LINARES GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL (S)
CONSORCIO MONIQUIRÁ

ELABORÓ: Ing. Carol Lopez -Ing. de Apoyo Consorcio Moniquirá.

Anexo: documentación personal de obra

Medellín, 03 de May de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C71730139	ESPINOSA GONZALEZ JOSE RAUL	06/05/2024		22523214	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/05/2024 20:05:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.2.17, 107.154.191.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de May de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1030609168	PINILLA QUINTERO LUZ IDALY	04/05/2024		17715919	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/05/2024 22:46:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.2.17, 107.154.191.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

O.P. 280235 04/16

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 [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		DÍA 05 MES 05 AÑO 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: HINESTROZA	SEGUNDO APELLIDO: MOSQUERA	PRIMER NOMBRE: MANUEL	SEGUNDO NOMBRE: ANTONIO

7.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. [X] C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.	11794102	F [X]	DÍA 16 MES 04 AÑO 1964

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	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			AXA COLPATRIA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORVENIR	1.400.000	CALLE 34 # 40-13	U. [X] R. [ ]		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
BUCARAMANGA	SANTANDER		3105835201		

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
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		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	28.. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD	
				F M	DÍA MES AÑO			Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA					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
	Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil				
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
	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I.			

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA MES AÑO		

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 [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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [X]
    B) AL 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 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
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M	DÍA MES AÑO

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

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. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

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
	Wilson Hernández A

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:				X					

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [X]
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. 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		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:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CAYMAR EDICIONES Y FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 432 2110

6007000 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 -

O.P. 280235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo,_____identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. Otro: _____
número _____ de _____, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes SÍ☐ No☐
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS SÍ☐ No☐
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes SÍ☐ No☐
4. Leí el contenido de la carta de desempeño SÍ☐ No☐
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño SÍ☐ No☐
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño SÍ☐ No☐
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico: _____
SÍ☐ No☐

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 ''Hábeas Data''; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación						Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
		NIT	C.C.	C.E.	P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

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:

MANUEL ANTONIO HINESTROZA MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.794.102**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900591461
Número Afiliación:	292727
Razón social:	HERNANDEZ Y ANGULO CONTRUCCIONES CIVILES

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	11794102
Nombre:	MANUEL ANTONIO HINESTROZA MOSQUERA
Fecha Ingreso:	06/05/2024
Salario básico:	1,400,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	57
Centro de trabajo:	22
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	05/05/2024 06:10:51 p.m.

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: MONIQUIRÁ

FECHA: Día 5 | Mes 05 | Año 2024

Uso Exclusivo de Comfaboy:

Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: HERNANDEZ Y ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S

NIT. / C.C. / C.E.: 900591461

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO
HINESTROZA	MOSQUERA	MANUEL ANTNONIO	C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No. 11794102

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO
CALLE 34 # 40-13	BUCARAMANGA	SANTANDER	16 (D) 04 (M) 1964	

ESTADO CIVIL: SOLTERO [X] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] CELULAR: 3105835201

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [X] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [X] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO	FECHA INGRESO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
INDEFINIDO [ ] TÉRMINO FIJO [X] TIEMPO PARCIAL [ ]		5	05	2024	MONIQUIRÁ

INGRESO MENSUAL ($): 1.400.000 HORAS LABORADAS MES: 192 ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [X] SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [X] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO:

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO		DOCUMENTO IDENTIDAD		FECHA NACIMIENTO			PARENTESCO				GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)
				M	F	Tipo (1°)	NÚMERO	Día	Mes	Año	HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE		

1°. **INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS**: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificacion Personal)

2°. **INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS**: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3°. **REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.**

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: No. DE CUENTA CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la **"Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co.** Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo **protecciondatos@comfaboy.com.co**, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (I) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (II) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (III) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (IV) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (VI) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

FIRMA DEL TRABAJADOR

Wilson Hernández A

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones: Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO SuperSubsidio

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Anexe copias legibles y/o originales de los Documentos requeridos y entréguelos directamente o a través de su Empleador para que este los haga llegar a la oficina de Aportes y Subsidios de COMFABOY, solicite el recibido del formulario.
- No se aceptan documentos con enmendaduras y sin las respectivas firmas y sellos.
- Toda documentación completa que sea presentada antes del día 10, tiene derecho a percibir subsidio por el mes inmediatamente anterior.
- El Patrono debe averiguar precisamente sobre la veracidad de los datos registrados en el formulario; así mismo sobre que los hijos están vivos y dependen económicamente del trabajador.
- La ley establece que no hay derecho al subsidio en fracciones, pero será reconocido al trabajador permanente que haya prestado sus servicios al patrono durante 96 horas al mes y su remuneración sea proporcional a estas y al trabajador que labore el tiempo completo cuya remuneración mensual no sea inferior a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

REQUISITOS GENERALES

NOTA: PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA ES INDISPENSABLE EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO " MODALIDAD DE PAGO" Y ANEXARLO A ESTE FORMULARIO

CUANDO EL TRABAJADOR ES CÓNYUGE DEL EMPLEADOR

- Fotocopia del Contrato Laboral debidamente Firmado y demás documentos según sea el caso.

TRABAJADOR SOLTERO:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.

CON CÓNYUGE SIN HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia Laboral del Cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre, Declaración Conjunta de Convivencia. Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años), En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del cónyuge, a blanco y negro.
- Constancia Laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijastros, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años , a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses. En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Para hijastros con discapacidad: Certificado médico donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad.
- Copia de la cédula de ciudadanía, a blanco y negro, de la madre o el padre biológico o número del documento de identidad legible inscrito en el registro civil.
- Dependencia económica de los hijastros: Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- En caso de custodia compartida, certificación laboral de la madre o padre biológicos, según sea el caso, sobre ingresos y certificación si recibe o no subsidio por el mismo hijastro.

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor, a blanco y negro.
- Registro Civil de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Demostrar la separación anexando escritura pública o sentencia judicial de liquidación conyugal. Las uniones maritales cuya duración sea menor de dos años debe presentar la declaración conjunta de los compañeros permanentes, utilizando el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del padre o madre, a blanco y negro.
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padres: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación.
- Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo. Padre o Madre deben ser mayores de 60 años, si es menor debe tener capacidad física disminuida y debe probarse mediante Certificado del médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.
- Los padres no podrán estar afiliados a otra caja de compensación familiar a nivel Nacional. Ley 789 de 2002, Art. 3, parágrafo 1, numeral 3. Sopena de sanciones.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Registro Civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad, legible. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Registro Civil de defunción de los padres.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hermanos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

Para tener derecho al subsidio extraordinario por Muerte del Trabajador o de las personas afiliadas, el trabajador o su cónyuge debe presentar el registro civil de Defunción de la persona fallecida dentro de los 3 años siguientes al fallecimiento, en caso contrario perderá este derecho.

CAPACITACIONES RAD S.A.S.

Aprobación Ministerio de Trabajo No. 08SE2018220000000029249 del 13 de agosto del 2018
BUREAU VERITAS CERTIFICATION NTC 6072:2014 / CO21.02023 - ISO 9001:2015 / CO22.05128
ACREDITADO POR LA ONAC ISO/IEC 170565: 2012 09-CPR-008

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA

OTORGADO A:

MANUEL ANTONIO HINESTROZA MOSQUERA

CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 11.794.102

Curso y aprobó la competencia de formación

TRABAJADOR AUTORIZADO

Con una intensidad horaria de 32 horas 40% teóricas y 60% prácticas.
En cumplimiento a la resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021 del Ministerio de Trabajo.

Expedido en Barrancabermeja, a los once (11) días del mes de julio del año dos mil veintitrés (2023).

CAPACITACIONES R.A.D. S.A.S.
Nit. 900.476.254-1
ROGER A. ALVAREZ D.
GERENTE

ROGER ALEXANDER ALVAREZ DAVILA
Gerente

Carmen Rosa Fernández Galván
Entrenador y Evaluador en Trabajo Seguro en Alturas
Lic. SST 15553/2021

CARMEN ROSA FERNANDEZ GALVÁN
Entrenador Lic. SST 15553/2021

SOLICITADO POR: HERNANDEZ & ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
NIT: 900591461-1
REPRESENTANTE LEGAL: WILSON DAYAN HERNANDEZ ANGULO
ARL: AXA COLPATRIA

No. Registro: TA07-835

Para verificar autenticidad de este documento puede consultar con el número de cédula en las siguientes páginas Web:
https://www.capacitacionesrad.com/certificados ó https://app2.mintrabajo.gov.co/CentrosEntrenamiento/consulta_ext.aspx
a través de los correos: rogeralvarez_62@yahoo.es - capacitacionesrad01@gmail.com o a los teléfonos (607) 611 3581 - 317 7686944.
Carrera 17 N° 53D-82 Barrio Pueblo Nuevo - Barrancabermeja, Santander. CO

Bogotá D.C., diciembre 6 de 2023

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que MANUEL ANTONIO HINESTROZA MOSQUERA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 11794102, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CAPACITACIONES RAD SAS
ENTRENADOR: CARMEN ROSA FERNANDEZ GALVAN
SEDE DONDE SE FORMÓ: CAPACITACIONES RAD
EMPLEADOR: HERNANDEZ & ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: AXA COLPATRIA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR DE LA CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 08/07/2023 a 11/07/2023
INTENSIDAD HORARIA: 32 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 6 de 2023

CAPACITACIONES RAD

CENTRO DE ENTRENAMIENTO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS

CAPACITACIONES RAD S.A.S.

Aprobado Ministerio de Trabajo No 08SE2022220000000044506 del 15 de septiembre del 2022.
ISO 9001:2015 / CO22.05128
ACREDITADO POR LA ONAC ISO/IEC 17065: 2012 09-CPR-008

CERTIFICADO DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

OTORGADO A:

MANUEL ANTONIO HINESTROZA MOSQUERA

Con cédula de ciudadanía No. 11.794.102

Curso y aprobó la competencia de formación

TRABAJADOR ENTRANTE

Con una intensidad horaria de 16 horas | 40% teóricas y 60% prácticas.
En cumplimiento a la resolución 0491 del 24 de febrero de 2020 del Ministerio de Trabajo.

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Barrancabermeja,
A los dieciocho (18) días del mes de enero del año dos mil veintitrés (2023).

CAPACITACIONES R.A.D. S.A.S.
Nit. 900.476.254-1
ROGER A. ALVAREZ D.
GERENTE

Roger A. Álvarez Dávila
Entrenador en
Espacios confinados
- Lic. SST 465/2015 -

Roger A. Alvarez D
ROGER ALEXANDER ÁLVAREZ DÁVILA
Gerente

Roger A. Alvarez D
ROGER ALEXANDER ÁLVAREZ DÁVILA
Entrenador Lic. SST 465/2015

Fecha: 18/01/2023 No. Registro: TE01-510

Para verificar autenticidad de este documento puede consultar con el número de cédula en las siguientes páginas Web: https://www.capacitacionesrad.com/certificados
https://app2.mintrabajo.gov.co/CentrosEntrenamiento/consulta_ext.aspx
a través de los correos: rogeralvarez_62@yahoo.es - capacitacionesrad01@gmail.com
o a los teléfonos (607) 611 3581 - 317 7686944.

Bogotá D.C., diciembre 6 de 2023

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que MANUEL ANTONIO HINESTROZA MOSQUERA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 11794102, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: ESPACIOS CONFINADOS ENTRANTE EN ESPACIOS CONFINADOS.
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CAPACITACIONES RAD SAS
ENTRENADOR: ROGER ALEXANDER ALVAREZ DAVILA
SEDE DONDE SE FORMÓ: CAPACITACIONES RAD SAS
EMPLEADOR:
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR:

SECTOR ECONÓMICO:
FECHAS DE FORMACIÓN: 17/01/2023 a 18/01/2023
INTENSIDAD HORARIA: 16 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 6 de 2023

HOJA DE VIDA

MANUEL ANTONIO HINESTROZA MOSQUERA

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11.794.102
EXPEDIDO EN	Quibdo Choco
FECHA DE NACIMIENTO	14 de Abril de 1964
LUGAR DE NACIMIENTO	Bojaya Bellavista Choco
ESTADO CIVIL	Soltero
DIRECCION	Casa 35-71 Parroquia
	Parque Principal La Pintada
TELEFONO	310 583 52 01

ESTUDIOS

PRIMARIA	Inst. Educ. Comfenalco
AÑOS CURSADOS	5
BACHILLERATO	Inst. Educ. Comfenalco
AÑOS CURSADOS	11

HOJA DE VIDA

MANUEL ANTONIO HINESTROZA MOSQUERA

EXPERIENCIAS LABORALES

NOMBRE	SERMAR ING.S.A.S
OCUPACION	Pilero
JEFE INMEDIATO	Ingeniero Emilio
TIEMPO LABORADO	6 Meses
TELEFONO	315 5163216

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	Norbey Hernadez
OCUPACION	pilero
TELEFONO	313 644 01 96

NOMBRE	Alex Lopez
OCUPACION	Pilero
TELEFONO	310 782 87 74

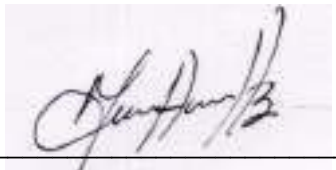
HOJA DE VIDA

MANUEL ANTONIO HINESTROZA MOSQUERA

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE	Diego Hinestroza Palacio
OCUPACION	Obrero
TELEFONO	320 516 20 42

NOMBRE	Franio Serna Palacio
OCUPACION	Oficial
TELEFONO	311 421 17 73



_____

MANUEL ANTONIO HINESTROZA MOSQUERA

CC No. 11.794.102 Quibdo Choco

HOJA DE VIDA

MANUEL ANTONIO HINESTROZA MOSQUERA





Salud Ocupacional
Mahecha & Romero
Mahecha y Romero Limitada

Codigo prestador de servicios de salud 73268-0200501 SST
Licencia en salud ocupacional Res. No. 3104/2021 SST
Nit. 900.294.587-7

Nombre: HINESTROZA MOSQUERA MANUEL ANTONIO
Identificación: CC - 11974102
Fecha atención: 04/05/2024



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - CODIGO VERIFICACION FO9P0-ASDFG-HJKLÑ-ZXCV

Empresa:	H & A CONSTRUCCIONES CIVILES
Actividad económica:	desarrollo de obras
Cargo:	PILERO
Tipo de valoración:	Ingreso

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:
* CON RESTRICIÓN PARA EL CARGO:

- PRESENTA RESTRICCION AUDITIVA PARA TRABAJO EN ALTURAS Y RESPIRATORIA PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

EXAMENES REALIZADOS:
Examen médico ocupacional orientado al riesgo osteomuscular.
Optometria, audiometria, espirometria
Valoración psicológica para trabajo de alto riesgo: alturas, espacios confinados
Laboratorio clinico: glicemia, perfil lipidico,

RECOMENDACIONES
* SE RECOMIENDAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE FUNCION PULMONAR Y VALORACIÓN D E NEUMOLOGIA.
* vALORACIÓN DE ORL Y AUDIOLOGIA PRO SU EPS

VIGILADO Supersalud

Charo Paola Mahecha Montilla
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O 3382-19

Medico: CHARO PAOLA MAHECHA MONTILLA R.M. No.73680/99

Firma del trabajador
C.C. No. 11794102

ALCANCE: El presente concepto de aptitud laboral se emite con base en los hallazgos encontrados en la valoración médica ocupacional integral realizada el dia de hoy, con la información aportada por la empresa contratante y el aspirante o trabajador, atendiendo las recomendaciones de las resoluciones 3673/2008, 4272 de 2021 y las que la modifican, para trabajo seguro en alturas. La validez del certificado se pierde en el momento en que las condiciones de salud del aspirante cambien, en cuyo caso se requerirá una nueva valoración.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.956.362

HERNANDEZ ROJAS
APELLIDOS

WILSON
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1972
VELEZ
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

14-FEB-1991 VELEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-2722000-59145473-M-0013956362-20070328 0107 070870 02 173942576

laboratorio clínico
y salud ocupacional
SissLab sas
servicio integral con sentido social

un resultado seguro al alcance de su mano
NIT. 900.743039-1 RÉGIMEN COMÚN

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD/FECHA: 7/12/2023 | EMPRESA: Hernandez y Angulo

TIPO DE EXAMEN				
	• PREOCUPACIONAL - INGRESO	X	• CAMBIO DE CARGO	
	• PERIODICO		• POST-INCAPACIDAD	
	• EGRESO		• ALTURAS	X

NOMBRE-APELLIDOS: Wilson Hernandez Rojas

C.C. 13956382 | EDAD 51 años | GÉNERO Masculino

ESTE CONCEPTO SE EMITE PARA EL CARGO: Operario de aseo

ESTE CONCEPTO APLICA PARA UNA ALTURA IGUAL O SUPERIOR A 1.50 MTS SOBRE NIVEL DE PISO SI [ ] NO [ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

	S	N		S	N		S	N		S	N
Evaluación Médica Ocupacional con énfasis osteomuscular	X		Valoración Postural	X		Glicemia	X		Coprologico		
Pruebas de Vertigo	X		Prueba Psicotecnica			Colesterol			KOH Uñas		
Optometria / Visiometria	X		Rx Torax			Transaminasas			Serologia		
Audiometria	X		Rx Columna			Cuadro Hemático	X		Frotis de garganta		
Espirometria			Perfil Renal			Creatinina			Bilirrubina Total y directa		
Electrocardiograma			Perfil Hepático			Triglicéridos			Nitrógeno Ureico BUN		
Test Psicológico			Perfil Lipidico	X		Parcial de Orina	X		Otros		

HEMOCLASIFICACIÓN: Grupo A | Rh Positivo

PRUEBAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: Positivo [ ] Negativo [ ]

CONCEPTO MÉDICO

• Apto sin alteración o enfermedad que interfiera su capacidad laboral para el cargo asignado.	X
• Apto con alteración o enfermedad que no disminuye su capacidad laboral para el cargo asignado.	
• Apto con alteración o enfermedad corregible que interfiere con su capacidad laboral para el cargo asignado.	
• Apto con alteración o enfermedad que interfiere su capacidad laboral para el cargo asignado.	
• Apto para trabajo en alturas.	X
• No apto para trabajo en alturas.	
• Aplazado.	

• Egreso satisfactorio SI [ ] NO [ ] | Periódico satisfactorio SI [ ] NO [ ]

• Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Médicas		Ocupacionales		Hábitos y Estilos de Vida Saludables	
Remisión EPS		Uso de EPPP	X	Dejar de Fumar	
Seguimiento por ARL		SVE ergonómico		Control de Peso	
Completar esquema Vacunas		SVE auditivo		Dejar y/o reducir bebidas alcohólicas	
Continuar tto Médico		SVE Cardiovascular:		Hacer deporte	X
Completar Caso por ARL		SVE Visual:		Hacer dieta baja en grasas y harinas	
Calificación de origen		No alzar peso mayor de:		Pausas activas	X

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO

FIRMA CLIENTE

Dr Jorge Armando Ardila Rincón
Médico Especialista en Salud Ocupacional
FIRMA AUTORIZADA

Carrera 17 No. 50-11 B. Colombia Telefax: 612 6840 - Cels: 300 437 2429 - 311 462 3449 Barrancabermeja
vivianathomas116@hotmail.com

Escaneado con CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) WILSON HERNANDEZ ROJAS identificado con CC 13956362 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	01/09/2013
IPS Cotizante:	BIENESTAR SEDE CENTENARIO
Categoría:	A
Estado:	ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
INES ANGULO VARGAS	CC 35509153	U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A-VELEZ	BENEFICIARIO	01/09/2013	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá QUIEN INTERESE, a los 1 días del mes de marzo del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

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:

WILSON HERNANDEZ ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **13.956.362**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 292727 correspondiente a la empresa Hernandez Y Angulo Contrucciones Civiles.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
WILSON HERNANDEZ ROJAS	C.C.	13,956,362	01/01/2020

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el jueves 07 de diciembre de 2023 a las 07:32:43 a.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Comfenalco TOLIMA
Una Nota en Calidad de Vida

Ibagué, marzo 01 de 2024

LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA

CERTIFICA

Que el señor WILSON HERNANDEZ ROJAS identificado con la cédula número 13956362, se encuentra afiliado como Cotizante a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Tolima, con la siguiente información:

Clase de afiliado:	DEPENDIENTE
Categoría:	A
Empresa/Contratante/Entidad Pensionadora:	HERNANDEZ Y ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
Número de Identificación:	900591461
Última Fecha de afiliación a CCF:	02/01/2016
Fecha Ingreso Empresa:	02/01/2016

Se expide para ATENDER SOLICITUD DEL INTERESADO(A). Válido por treinta (30) días a partir de la fecha de expedición.



MARISOL CEBALLOS GONZALEZ
Jefe Dpto. Admon de Aportes y Pago de Subsidio

Elaboró: LISUCACA
01/03/2024 02:30:20p. m.

ISO 9001 icontec SC-CER114678
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

CAPACITACIONES RAD

CAPACITACIONES RAD S.A.S.

Aprobación Ministerio de Trabajo No. 08SE2018220000000029249 del 13 de agosto del 2018
BUREAU VERITAS CERTIFICATION NTC 6072:2014 / CO21.02023 - ISO 9001:2015 / CO22.05128
ACREDITADO POR LA ONAC ISO/IEC 17065: 2012 09-CPR-008

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA

OTORGADO A:

WILSON HERNANDEZ ROJAS

CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 13.956.362

Curso y aprobó la competencia de formación

TRABAJADOR AUTORIZADO

Realizado en Barrancabermeja del 13 al 16 de diciembre 2023.

Con una intensidad horaria de 32 horas 40% teóricas y 60% prácticas.
En cumplimiento a la resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021 del Ministerio de Trabajo.
Expedido en Barrancabermeja, a los dieciséis (16) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023).

CAPACITACIONES R.A.D. S.A.S.
Nit. 900.476.254-1
ROGER A. ALVAREZ D.
GERENTE

ROGER ALEXANDER ÁLVAREZ DÁVILA
Gerente

Francisco Antonio Castro Álvarez
Entrenador en Espacios Confinados
Lic. SST 05710

FRANCISCO ANTONIO CASTRO ÁLVAREZ
- Entrenador Lic. SST 05710

SOLICITADO POR: HERNANDEZ & ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
NIT: 900591461-1
REPRESENTANTE LEGAL: WILSON DAYAN HERNANDEZ ANGULO
ARL: AXA COLPATRIA

No. Registro: TA12-1311

Para verificar autenticidad de este documento puede consultar con el número de cédula en las siguientes páginas Web:
https://www.capacitacionesrad.com/certificados ó https://app2.mintrabajo.gov.co/CentrosEntrenamiento/consulta_ext.aspx
a través de los correos: rogeralvarez_62@yahoo.es - capacitacionesrad01@gmail.com o a los teléfonos (607) 611 3581 - 317 7686944.
Carrera 17 N° 53D-82 Barrio Pueblo Nuevo - Barrancabermeja, Santander. CO

Escaneado con CamScanner

Certificado de Aportes

Se certifica que HERNANDEZ & ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S. identificado(a) con NI 900591461 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para WILSON HERNANDEZ ROJAS identificado(a) con CC 13956362

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9464966911	556910844	E	2024-04-05	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	30																		$1,800,000	4%	$72,000
9464966911	556910844	E	2024-04-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																		$1,800,000	16%	$288,000
9464966911	556910844	E	2024-04-05	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-03	30																		$1,800,000		$0
9464966911	556910844	E	2024-04-05	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-03	30																		$1,800,000		$0
9464966911	556910844	E	2024-04-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-03	30																		$0	0%	$0
9464966911	556910844	E	2024-04-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-03	30																		$0	0%	$0
9464966911	556910844	E	2024-04-05	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																		$1,800,000	6.96%	$125,300
9464966911	556910844	E	2024-04-05	CCF	CCF50	COMFENALCO TOLIMA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																		$1,800,000	4%	$72,000

Este certificado se expide el día 2024-04-17 a las 02:54.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.646.473
VALENCIA MOSQUERA

APELLIDOS
TEOFILO

NOMBRES

Teofilo Valencia

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1981
ALTO BAUDO (PIE DE PATO)
ALTO BAUDO (CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

20-SEP-2000 ALTO BAUDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CESAR AUGUSTO RANGEL TORRES

INDICE DERECHO

A-1700600-00165773-M-0011646473-20000901 0014331957A 1 21187762



Certificado Médico Laboral

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S. - NIT: 890933726-1

Fecha Cierre: 25/01/2024

Certificado de aptitud: 11646473-1499126

ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	25 ene. 2024 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	TEOFILO VALENCIA MOSQUERA	**Identificación:**	11646473
Género	MASCULINO **Edad:** 42	**Teléfono**	**Móvil:** 3218029430
Fecha	05/03/1981	**Cargo:**	PILERO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CALLE 52 SUR 60 D 69	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	HERNANDEZ & ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S.	**AREA: OPERATIVA**	
		Peso: 77 Talla: 168 IMC: 27.28	

Exámenes Diagnósticos Realizados

PRUEBA COHEN	APROBADO	MANTENER HABITOS DE AUTOCUIDADO
AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	1. CONTROL PERIÓDICO, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
ESPIROMETRIAS	NORMAL	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRIA	ANORMAL VISION DE CERCA, ANORMAL EN DISCRIMINACION DE COLORES	REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA. RECOMIENDO EXAMEN DE OPTOMETRÍA CLÍNICA PARA CONFIRMAR FÓRMULA.
MEDICINA OCUPACIONAL		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO * PAUSAS ACTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO PARA PREVENIR LESIONES OSTEOMUSCULARES Y MEJORAR EL DESEMPEÑO, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA., DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.
GLUCOSA EN SUERO	ANORMAL	
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	NORMAL	
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO	NORMAL	
COLESTEROL TOTAL	ANORMAL LEVE	
TRIGLICERIDOS	NORMAL	
ANEXO ALTURAS	PUEDE TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
ESQUEMA VACUNACION COVID-19	DOSIS UNICA JANSSEN	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19	NO RIESGO	

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

Observaciones: --DEBE LABORAR CON LENTES DE CORRECCION VISUAL APROPIADOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN PRECISION EN VISION: CERCANA -----DEBE TENER PRECAUCIÓN EN ACTIVIDADES QUE REQUIERAN DISCRIMINACIÓN DE COLORES VERIFICANDO QUE DIFERENCIE SEÑALES DE SEGURIDAD

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	SOLICITAR VALORACIÓN Y GESTIONAR LA CORRECIÓN ÓPTICA REQUERIDA-
MÉDICINA GENERAL EPS	REPETIR GLICEMIA EN SU EPS O REALIZAR HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR MÉDICO GENERAL

Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen que reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verídicas; autorizo a la IPS SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO para que emita un certificado de aptitud con unas recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para el programas de seguridad y salud en el trabajo y se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de peligros y profesiograma.
'



Médico Especialista en Salud Laboral
ZAIRA CLARETH GOMEZ GRANADOS
LUC. S2018060363265 RG- 08-155



Firma y cédula del Paciente
TEOFILO VALENCIA MOSQUERA
Identificación: 11646473

O.P. 280235 04/16

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 [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		DÍA 05 MES 05 AÑO 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: VALENCIA	SEGUNDO APELLIDO: MOSQUERA	PRIMER NOMBRE: TEOFILO	SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [X] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]	11646473	F [ ] M [X]	DÍA 5 MES 03 AÑO 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	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			AXA COLPATRIA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORVENIR	1.400.000	CALLE 52 SUR 60D 69	U. [X] R. [ ]		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
MEDELLIN	ANTIOQUIA		3218029430		

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
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		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	27. SEXO M	28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA 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
	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I.			

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA MES AÑO		

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 [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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [X]
    B) AL 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 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
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M	DÍA MES AÑO

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

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. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

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
TEOFILO VALENCIA	Wilson Hernández A

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:				X					

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [X]
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. 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	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:

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR CAYMAR EMPRESAS FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 492 2110

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.

O.P. 280235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo,_____identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. Otro: _____
número _____ de _____, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes SÍ☐ No☐
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS SÍ☐ No☐
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes SÍ☐ No☐
4. Leí el contenido de la carta de desempeño SÍ☐ No☐
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño SÍ☐ No☐
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño SÍ☐ No☐
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico: _____
SÍ☐ No☐

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 ''Hábeas Data''; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación						Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
		NIT	C.C.	C.E.	P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

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:

TEOFILO VALENCIA MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.646.473**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Mayo 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.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900591461
Número Afiliación:	292727
Razón social:	HERNANDEZ Y ANGULO CONTRUCCIONES CIVILES

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	11646473
Nombre:	TEOFILO VALENCIA MOSQUERA
Fecha Ingreso:	06/05/2024
Salario básico:	1,400,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	57
Centro de trabajo:	22
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	05/05/2024 06:13:38 p.m.

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: MONIQUIRÁ

FECHA: Día 5 | Mes 05 | Año 2024

Uso Exclusivo de Comfaboy:

Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR:	NIT. / C.C. / C.E.
HERNANDEZ Y ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S	900591461

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	DOCUMENTO: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.
VALENCIA	MOSQUERA	TEOFILO	11646473

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO:
CALLE 52 SUR 60D 69	MEDELLIN	ANTIOQUIA	5 (D) 03 (M) 1981 (A)	

ESTADO CIVIL: SOLTERO [X] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] CELULAR: 3218029430

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [X] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [X] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO:	FECHA INGRESO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
INDEFINIDO [ ] TÉRMINO FIJO [X] TIEMPO PARCIAL [ ]		5	05	2024	MONIQUIRÁ

INGRESO MENSUAL ($): 1.400.000 HORAS LABORADAS MES: 192 ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [X] SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [X] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO:

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ]	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ]	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)	

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO		DOCUMENTO IDENTIDAD		FECHA NACIMIENTO			PARENTESCO				GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)
				M	F	Tipo (1°)	NÚMERO	Día	Mes	Año	HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE		

1°. **INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS**: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificacion Personal)

2°. **INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS**: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3°. **REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.**

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la **"Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co.** Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo **protecciondatos@comfaboy.com.co**, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (I) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (II) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (III) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (IV) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (VI) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Rafita Valencia

FIRMA DEL TRABAJADOR

Wilson Hernández A

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones:	Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO SuperSubsidio

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Anexe copias legibles y/o originales de los Documentos requeridos y entréguelos directamente o a través de su Empleador para que este los haga llegar a la oficina de Aportes y Subsidios de COMFABOY, solicite el recibido del formulario.
- No se aceptan documentos con enmendaduras y sin las respectivas firmas y sellos.
- Toda documentación completa que sea presentada antes del día 10, tiene derecho a percibir subsidio por el mes inmediatamente anterior.
- El Patrono debe averiguar precisamente sobre la veracidad de los datos registrados en el formulario; así mismo sobre que los hijos están vivos y dependen económicamente del trabajador.
- La ley establece que no hay derecho al subsidio en fracciones, pero será reconocido al trabajador permanente que haya prestado sus servicios al patrono durante 96 horas al mes y su remuneración sea proporcional a estas y al trabajador que labore el tiempo completo cuya remuneración mensual no sea inferior a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

REQUISITOS GENERALES

NOTA: PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA ES INDISPENSABLE EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO " MODALIDAD DE PAGO" Y ANEXARLO A ESTE FORMULARIO

CUANDO EL TRABAJADOR ES CÓNYUGE DEL EMPLEADOR

- Fotocopia del Contrato Laboral debidamente Firmado y demás documentos según sea el caso.

TRABAJADOR SOLTERO:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.

CON CÓNYUGE SIN HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia Laboral del Cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre, Declaración Conjunta de Convivencia. Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años), En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del cónyuge, a blanco y negro.
- Constancia Laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijastros, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años , a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses. En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Para hijastros con discapacidad: Certificado médico donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad.
- Copia de la cédula de ciudadanía, a blanco y negro, de la madre o el padre biológico o número del documento de identidad legible inscrito en el registro civil.
- Dependencia económica de los hijastros: Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- En caso de custodia compartida, certificación laboral de la madre o padre biológicos, según sea el caso, sobre ingresos y certificación si recibe o no subsidio por el mismo hijastro.

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor, a blanco y negro.
- Registro Civil de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Demostrar la separación anexando escritura pública o sentencia judicial de liquidación conyugal. Las uniones maritales cuya duración sea menor de dos años debe presentar la declaración conjunta de los compañeros permanentes, utilizando el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del padre o madre, a blanco y negro.
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padres: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación.
- Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo. Padre o Madre deben ser mayores de 60 años, si es menor debe tener capacidad física disminuida y debe probarse mediante Certificado del médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.
- Los padres no podrán estar afiliados a otra caja de compensación familiar a nivel Nacional. Ley 789 de 2002, Art. 3, parágrafo 1, numeral 3. Sopena de sanciones.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Registro Civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad, legible. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Registro Civil de defunción de los padres.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hermanos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

Para tener derecho al subsidio extraordinario por Muerte del Trabajador o de las personas afiliadas, el trabajador o su cónyuge debe presentar el registro civil de Defunción de la persona fallecida dentro de los 3 años siguientes al fallecimiento, en caso contrario perderá este derecho.

CAPACITACIONES RAD

CAPACITACIONES RAD S.A.S.

Aprobación Ministerio de Trabajo No. 08SE2018220000000029249 del 13 de agosto del 2018
BUREAU VERITAS CERTIFICATION NTC 6072:2014 / CO21.02023 - ISO 9001:2015 / CO22.05128
ACREDITADO POR LA ONAC ISO/IEC 170565: 2012 09-CPR-006

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA

OTORGADO A:

TEOFILO VALENCIA MOSQUERA

CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 11.646.473

Curso y aprobó la competencia de formación

REENTRENAMIENTO

Realizado en Barrancabermeja el día 06 de febrero 2024.

Con una intensidad horaria de 8 horas 20% teóricas y 80% prácticas.
En cumplimiento a la resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021 del Ministerio de Trabajo.

Expedido en Barrancabermeja, a los seis (06) días del mes de febrero del año dos mil veinticuatro (2024).

CAPACITACIONES R.A.D. S.A.S.
Nit. 900.476.254-1
ROGER A. ALVAREZ D.
GERENTE

ROGER ALEXANDER ALVAREZ DAVILA
Gerente

Francisco Antonio Castro Alvarez
Entrenador y Evaluador en Trabajo Seguro en Alturas
Lic. SST 05710

FRANCISCO ANTONIO CASTRO ALVAREZ
Entrenador Lic. SST 05710

SOLICITADO POR: HERNANDEZ & ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
NIT: 900691461-1
REPRESENTANTE LEGAL: WILSON DAYAN HERNANDEZ ANGULO
ARL: AXA COLPATRIA

No. Registro: R02-144

Bogotá D.C., febrero 6 de 2024

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que TEOFILO VALENCIA MOSQUERA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 11646473, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CAPACITACIONES RAD SAS
ENTRENADOR: FRANCISCO ANTONIO CASTRO ÁLVAREZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: CAPACITACIONES RAD
EMPLEADOR: HERNANDEZ & ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: AXA COLPATRIA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR DE LA CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 06/02/2024 a 06/02/2024
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 6 de 2024

AGERIS

ASESORÍA EN GESTIÓN DE RIESGOS
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.
CENTRO DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO PROTECCIÓN
CONTRA CAÍDAS PARA TRABAJO EN ALTURAS
Nit 901172587-8 / Licencia en SST # 2018000224766

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
DE TRABAJO SEGURO EN ESPACIOS CONFINADOS

TEOFILO VALENCIA MOSQUERA

C.C. *11646473* Registro *35775* F.C. *Medellín 11/03/2023*

NIVEL: ENTRANTE Intensidad de 16 horas

GILBERTO ANIBAL MAZO HERRERA
Entrenador *Licencia en 50703 de 2013*

MONICA MARCELA CAÑAS
Representante legal

Aprobación Ministerio de Trabajo EC: **08SE2022220100000035552**
Acorde a la resolución 0491 de 2020.

www.ageris.com.co agerissas@gmail.com
Carrera 18 # 48 – 108 barrio Buenos Aires / Medellín Teléfonos: 4999453 – 3208755683 - 3006020797

AGERIS

En cumplimiento a la Resolución 0491 de 2020 expedida por el Ministerio de trabajo por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajos en espacios confinados.

Servicios de GS SST Seguridad y Salud en el Trabajo
Suministro Equipos de Seguridad y Protección Personal
Programas de Trabajo Seguro en Alturas para Empresas
Sistemas de Gestión del Riesgo de Desastres
Formación de espacios confinados autorizado por el ministerio de trabajo
Formación de Brigadas/Rescate Industrial/ Atención Pre hospitalaria

Para verificar la autenticidad de este certificado, ingrese a la página:

www.ageris.com.co email: agerissas@gmail.com

Carrera 18 # 48 – 108 barrio Buenos Aires / Medellín Teléfono 4999453 – 3208755683 - 3006020797

Bogotá D.C., enero 25 de 2024

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que TEOFILO VALENCIA MOSQUERA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 11646473, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: ESPACIOS CONFINADOS ENTRANTE EN ESPACIOS CONFINADOS.
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: AGERIS SAS
ENTRENADOR: GILBERTO ANIBAL MAZO HERRERA
SEDE DONDE SE FORMÓ: AGERIS PRINCIPAL CONF
EMPLEADOR: IC CONSTRUCTORES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: AXA COLPATRIA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR DE LA CONSTRUCCI?N
FECHAS DE FORMACIÓN: 10/03/2023 a 11/03/2023
INTENSIDAD HORARIA: 16 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 25 de 2024

HOJA DE VIDA

TEOFILO VALENCIA MOSQUERA



Objetivos

Superarme como persona a nivel laboral e incrementar los conocimientos adquiridos. Hacer que mi estancia sea de total agrado y facilite el trabajo en equipo, para prestar un mejor servicio en la empresa en la cual labore.

Datos Personales

Datos personales

Lugar De Nacimiento	Alto Baudo (Choco)
Fecha De Nacimiento	Marzo 05 de 1981
Cédula	11.646.473
Estado Civil	Soltero
Dirección Residencia	Calle 52 Sur 60 D 69
Celular	321 802 9430
Ciudad	Medellín

Estudios Realizados

Estudios Realizados

Básica Primaria	Colegio el Choco Hasta 5°

Experiencia Laboral

Experiencia Laboral

Empresa	**AGRICULTURA**
Cargo	Oficios Varios
Tiempo de Servicio	30 Años
Retiro	Voluntario

Empresa	**SERMAR**
Cargo	Pilero
Jefe inmediato	Emilio
Tiempo de Servicio	9 Meses
Teléfono	322 404 6892
Retiro:	Termino de contrato

Referencias Personales

Referencias Personales

Nombre	Laurentino Mosquera
Cargo	Pilero
Teléfono	310 820 5409

Referencias Familiares

Referencias Familiares

Nombre	Faiber Valencia
Cargo	Pilero
Teléfono	319 743 0517

TEOFILO VALENCIA MOSQUERA
C.C. 11.646.473



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.796.638
LOPEZ MOSQUERA

APELLIDOS
NICOLAS

NOMBRES

FIRMA

Escaneado con CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1969
VEGAEZ
VIGIA DEL FUERTE (ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A- G.S. RH
M SEXO

14-ABR-1987 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS [illegible] SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3103400-00008821-M-0011796638-20080805 0001797282A 1 3050006907

Escaneado con CamScanner

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

Consecutivo: 11796638 - 1467537

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	7/12/2023 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	NICOLAS LOPEZ MOSQUERA	**Identificación:**	11796638
Género	MASCULINO **Edad:** 54	**Teléfono**	**Móvil:** 3127160447
Fecha Nacimiento:	27/01/1969	**Cargo:**	PILERO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CLLE 14 89 A 86	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	HERNANDEZ & ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S. -		

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Las evaluaciones médicas ocupacionales hacen parte del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolla el empleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.
Por este motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:

REMISIONES

NO

RECOMENDACIONES GENERALES

CREAR Y/O MANTENER HÁBITOS SALUDABLES. DEBE LABORAR CON LENTES DE CORRECCION VISUAL APROPIADOS. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

OBSERVACIONES

NOTA: : Se solicita al trabajador presentar constancia ante el empleador del seguimiento realizado ante la entidad de salud correspondiente para el cumplimiento de las anteriores recomendaciones médicas laborales, en cumplimiento a la Resolución 0312 de Febrero/2019.

HERNANDEZ & ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S. -

JHONY ENRIQUE SARMIENTO BARBOZA — LIC. 2018060031133 REG. 555911
Médico Especialista en Salud Laboral

Fima encargado SG - SST

Fima recibido trabajador



Certificado Médico Específico

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S. - NIT: 890933726-1

Certificado : 11796638-1467537

ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	07 dic. 2023 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	NICOLAS LOPEZ MOSQUERA	**Identificación:**	11796638
Empresa	HERNANDEZ & ANGULO CONSTRUCCIONES CIVILES S.A.S. -	**Cargo:**	PILERO

Resultado

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURAS

La expedición del concepto médico para trabajos en alturas, espacios confinados y/o labores subterráneas, está reglamentada por la Resolución 1409 de 2012 del Ministerio de Trabajo, la 2346 de 2007, 1918 de 2009 y 4272 de 2021 de los Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social y los Protocolos propios de SMSI.

Se certifica la conformidad del cumplimiento de los requisitos establecidos para poder desempeñar la tarea sin riesgo para su salud y la de terceros.

Los resultados de las pruebas realizadas en el examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular teniendo en cuentas las exigencias físicas, de equilibrio dinámico y estático, psicológica, pruebas clínicas y de Laboratorio Clínico se encuentran consignadas en la Historia Clínica Ocupacional.

Esta certificación establece que las condiciones de salud del trabajador son adecuadas para realizar dichas labores y tendrá una vigencia de acuerdo con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.

Médico Especialista en Salud Laboral
JHONY ENRIQUE SARMIENTO BARBOZA
LIC. 2018060031133 REG. 555911

Firma y cédula del Paciente
NICOLAS LOPEZ MOSQUERA
Identificación: 11796638

Sede Centro
Cra 44 N° 48 - 51
Plazuela San Ignacio
Medellín

Sede Poblado
Cra 48 B N° 16 Sur - 38
Sector Aguacatala
Medellín

(604) 216 1144

www.smsi.com.co
smsi@une.net.co

Medellín, Colombia

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

O.P. 280235 04/16

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 [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

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

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: LOPEZ	SEGUNDO APELLIDO: MOSQUERA	PRIMER NOMBRE: NICOLAS	SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]	11796638	F [ ] M [X]	DÍA: 27 MES: 01 AÑO: 1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	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 [ ]			AXA COLPATRIA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PROTECCION	1.400.000	CALLE 14 N° 89A-86	U. [X] R. [ ]		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
MEDELLI	ANTIOQUIA		3127160447		

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
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		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	28.. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD	
				F M	DÍA MES AÑO			Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA					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
	Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil				
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
	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I.			

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA MES AÑO		

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 [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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [X]
    B) AL 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 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
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M	DÍA MES AÑO

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

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. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
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. [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

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
NICOLAS LOPEZ MOSQUERA	Wilson Hernández A

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:				X					

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [X]
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. 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	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:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CAYMAR EDICIONES Y FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 492 2110

6007000 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 -