GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MÉDICO LABORAL

Fecha: 01/08/2019	Ciudad: BOGOTÁ			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS			Actividad Económica: CONTRUCCIÓN							
A través de Empresa Temporal:	SI		NO	X	Cuál:						
Tiempo en la Empresa:		Cargo:	OFICIAL		Sección:						

1 Apellido: DIAZ	2 Apellido: JULIO	Nombre: YEISON	CC: 1050955439	FN: 03/08/1990	
Edad: 29	Sexo: M	Estado Civil: UNION LIBRE	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CALLE 70 C SUR 89-22	Tel / Cel: 3106474468
EPS: MUTUAL SER	ARL: FAMISANAR	Fondo Pensiones:			

EXAMEN MÉDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL	REUBICAR	APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMÉTRICO	
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS:			

RECOMENDACIONES, OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

APTO PARA LABORAR COMO:OFICIAL

OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL.

CONTROLES MEDICOS PERIODICOS

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

Dr. Edwin Ortiz Rodriguez
Medico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Resolución 6068

FIRMA Y O SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA
RESOLUCIÓN 6068

La Información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.

YEISON DIAZ JULIO
Firma y huella del Trabajador
C.C:
1050955439

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

413
1275

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901300853
Número Afiliación: 313400
Razón social: OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1050955439
Nombre: YEISON DIAZ JULIO
Fecha Ingreso: 02/08/2019
Salario básico: 828.116
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 5
Tasa: 6,960
Fecha hora transacción: 01/08/2019 03:21:38 p.m.

NIT 830.003.564-7

9006908577

17022457

Fecha de radicación: 02 08 2019

414
1276

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: DIAZ	Segundo Apellido: JULIO	Primer Nombre: YEISON	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1050955439	Femenino [ ] Masculino [X]	03 08 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$828.116	Dirección	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Teléfono fijo	Teléfono celular

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

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

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

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	Tipo M	Tipo S	Condición T	Condición P	32. Sitio de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NT	901300853	

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono fijo y/o celular	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 100 A 135 04	3102757816		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		05 08 2019	

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera 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 lo requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

IX. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 54. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] EP [ ] TI [ ] CC [ ] RA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad [ ] Total [ ]

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

XI. 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 la ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

1277
415

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DIAZ JULIO YEISON** identificado(a) con **CC** número **1.050.955.439** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de noviembre de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de agosto de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20190801111062

Nit.: 901.165.420-7 Licencia SST N° 4970 del 12 Abril de 2018

VERTICAL

Dando cumplimiento a la Resolución 1178 del Ministerio de Trabajo y Resolución 1409 del Ministerio de Trabajo.

Confiere la presente certificación de capacitación y entrenamiento a

DIAZ JULIO YEISON

IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1050955439

Quien cursó y aprobó satisfactoriamente el programa de formación de Trabajo Seguro en Alturas

TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

Realizado los días 25 hasta el 26 de Enero del año 2019 la ciudad de Bogotá D.C.
con una intensidad de 20 horas

La presente certificación se emite a los 26 días del mes de Enero del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C.
Consecutivo de registro N° 1050955439

VERTICAL

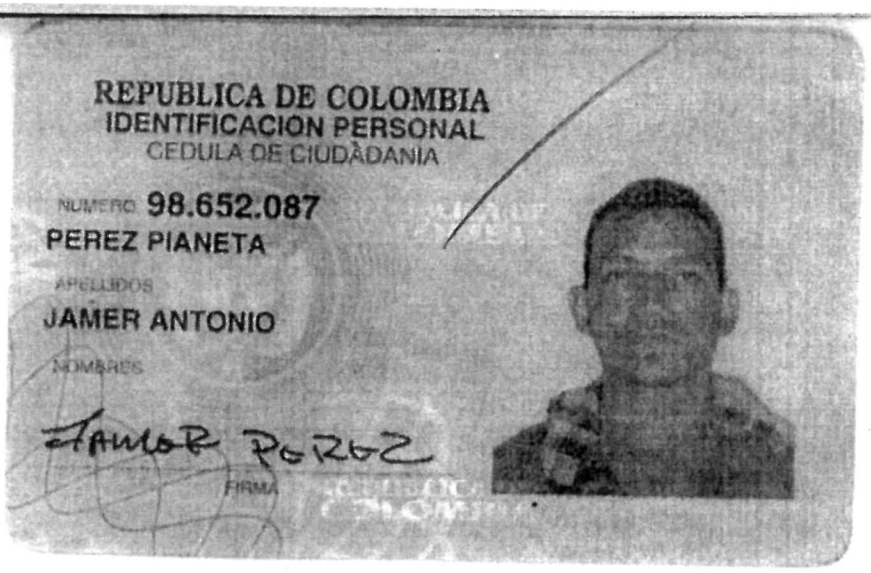
VICTOR ALFONSO AGRAY PARRA.
Licencia S.O. N° 2[illegible]14 Marzo 2013
Entrenador T.S.A.

CESAR CASAS DIAZ.
Asesorias y Soluciones Verticales S.A.S.
Representante Legal

BUREAU VERITAS Certification

Aprobación del Ministerio de Trabajo N°
08SE2018220000000025376

La autenticidad de este documento puede ser validada en la pagina asvertical.com.co / Calle 44 d sur 72-05/ [illegible]



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 98.652.087
PEREZ PIANETA
APELLIDOS
JAMER ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1977
CAUCASIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
18-DIC-1995 CAUCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00685405-M-0098652087-20150409 0043770265A 1 1343339175

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 10-08-2019		Ciudad: BOGOTA		Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS			Actividad Económica CONSTRUCCIÓN							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:			Cargo:	OFICIAL			Sección:				

1 Apellido: PEREZ		2 Apellido: PIANETA		Nombre: JAMER ANTONIO		CC: 98652087		FN: 09/09/1977	
Edad: 41	Sexo: M	Estado Civil: UNION LIBRE	Escolaridad: 9° BACHILLERATO	Dirección: CARRERA 73 B 76-63 SUR			Tel / Cel: 3208237127		
EPS	SALUD TOTAL		ARL	COLPATRIA		Fondo Pensiones			

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL	REUBICAR	APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICOS	X
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS:			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

APTO PARA LABORAR COMO: OFICIAL

- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-
-

Edicer Orbes

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

La Información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.

Jamer Perez
Firma y huella del Trabajador
C.C: 98652087

419
1281

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	98652087
Nombre:	JAMER ANTONIO PEREZ PIANETA
Fecha Ingreso:	11/08/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	10/08/2019 10:32:24 p.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS
NIT 800.130.907-4

* 5 0 0 2 1 5 6 6 2 6 *

No. DE RADICACIÓN 5002156626

Fecha de Radicación 12 01 2019

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Perez	Segundo apellido: PIAPETA	Primer nombre: JAMOL	Segundo nombre: ANTONIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
[ ]	98651087	Femenino [ ] Masculino [ ]	08 09 1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
COLPATRIA	Porvenir	$ 828116

18. Residencia			
K 73 D 76 63 Sur	Teléfono Fijo	Teléfono Celular 3208239127	Correo electrónico
Municipio/Distrito BOGOTA DC	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

SALUD TOTAL EPS
Unidad Administrativa Especial
Dirección Nacional de Afiliación y Registro

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante a seguridad social (a registrar por la EPS)
Olmo Ingeniería y Construc.	NIT	901300853-4	

39. Ubicación						
Dirección CR 100 135 84	Teléfono 2809155	Correo electrónico [illegible]	Municipio/Distrito BOGOTA D.C	Departamento CUNDINAMARCA		

ORIGINAL EPS

FORMULARIO 01-1-2018

421
1283

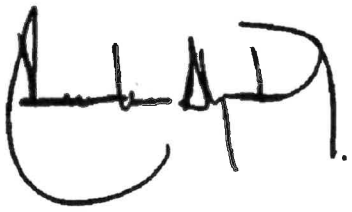
porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

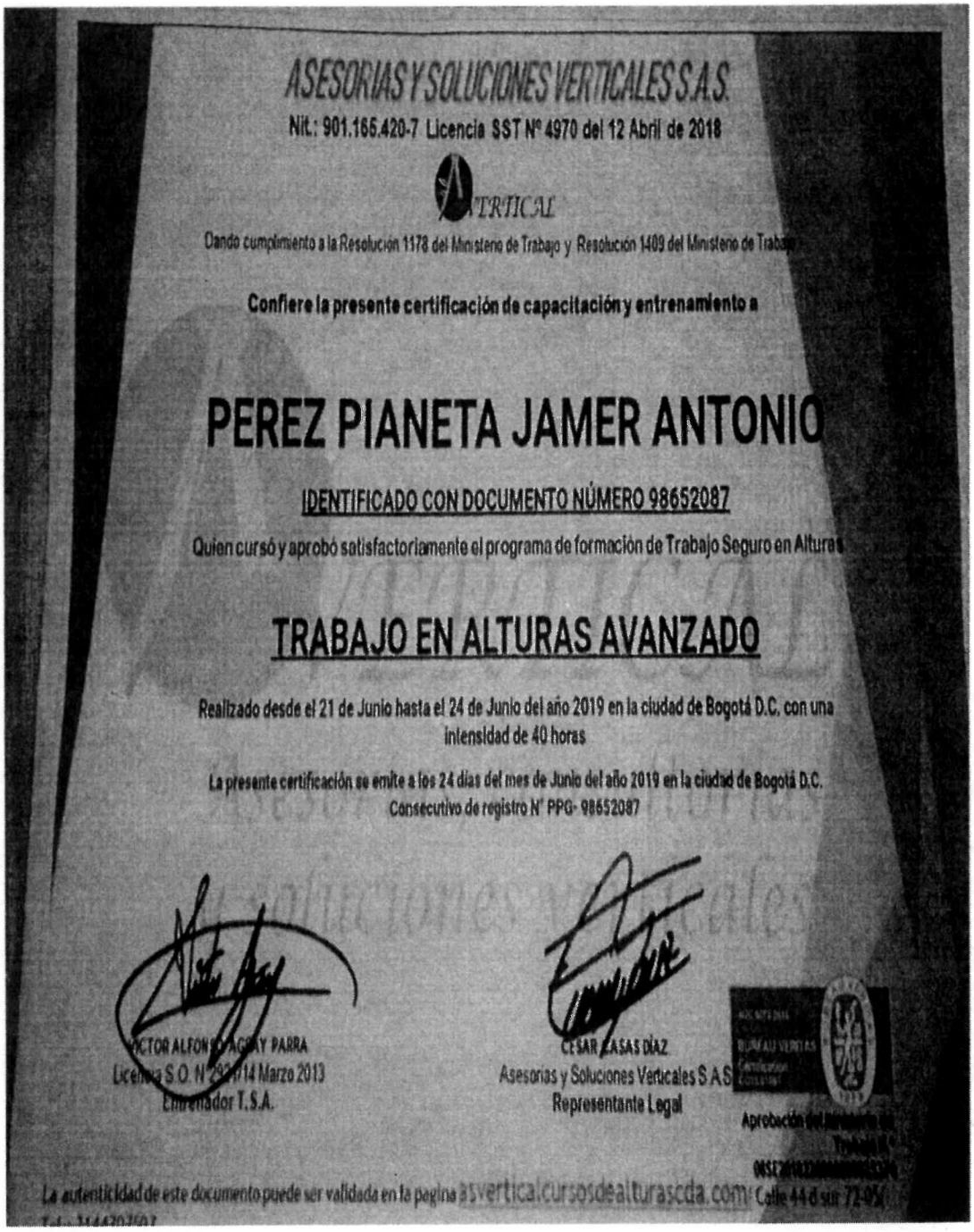
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JAMER ANTONIO PEREZ PIANETA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **98,652,087**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Agosto de 2019.



Gerente de Clientes



ASESORIAS Y SOLUCIONES VERTICALES S.A.S.

Nit.: 901.165.420-7 Licencia SST Nº 4970 del 12 Abril de 2018

VERTICAL

Dando cumplimiento a la Resolución 1178 del Ministerio de Trabajo y Resolución 1409 del Ministerio de Trabajo

Confiere la presente certificación de capacitación y entrenamiento a

PEREZ PIANETA JAMER ANTONIO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO 98652087

Quien cursó y aprobó satisfactoriamente el programa de formación de Trabajo Seguro en Alturas

TRABAJO EN ALTURAS AVANZADO

Realizado desde el 21 de Junio hasta el 24 de Junio del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C. con una intensidad de 40 horas

La presente certificación se emite a los 24 días del mes de Junio del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C.
Consecutivo de registro N° PPG- 98652087

VICTOR ALFONSO AGUAY PARRA
Licencia S.O. N 2[illegible]14 Marzo 2013
Entrenador T.S.A.

CESAR CASAS DIAZ
Asesorias y Soluciones Verticales S.A.S
Representante Legal

Aprobación del Ministerio de Trabajo N°

La autenticidad de este documento puede ser validada en la pagina asvertical.cursosdealturascda.com Calle 44 d sur 72-05

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

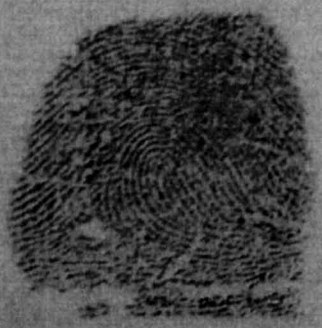
NUMERO 1.019.012.454

HERNANDEZ RAMIREZ
APELLIDOS

CESAR AUGUSTO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1986

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

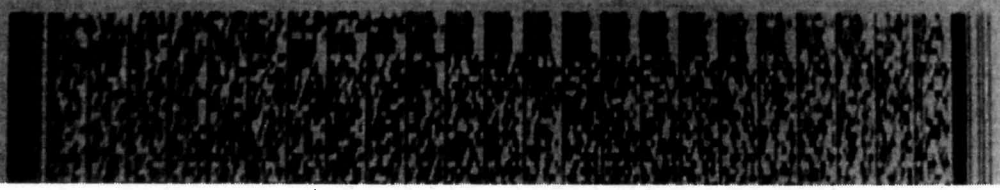
1.85
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

09-FEB-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



IPS UNIDAD DE ATENCION MÉDICA ESPECIALIZADA OLAYA

RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 3673 DE 2008 MPS

EMPRESA:	JCH COMPANY ING SAS NIT 900640134-9	EPS FAMISANAR ARL SURA		FECHA	22/07/2019
TRABAJOS EN ALTURAS	☑	POS- OCUPACIONAL O EGRESO	☐	PERIÓDICO	☐
NOMBRES Y APELLIDOS:		CESAR AUGUSTO HERNANDEZ RAMIREZ		1019012454	
EDAD:	32 AÑOS SEXO: MASCULINO	CARGO A DESEMPEÑAR:		OPERARIO	

EXAMENES CLÍNICOS PRACTICADOS ☐

Evaluación medico Ocupacional	☑	Exámenes Laboratorio	☑	SI	☐	NO	☐
Optometría	☑	Glicemia	☑	Colesterol	☑	Triglicéridos	☑
Audiometría	☑		☐	Estatura	1.85	Peso	69.KG
Espirometría	☑	Osteomuscular	☑	RH	O +	F.CARDIACA	70/120

Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS ☑ MOTIVO

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES: Ninguna

EXÁMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXAMEN PERIODICO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual _____

Dr. Jorge Beaucourth P.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
10521868 - R.M. 11630

César Hernández

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ESPECIALISTA

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

DATOS GENERALE APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900640134	9	SONIA HUERTAS JCH COMPANY ING SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	carrera 45 a n. 168 - 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6560408	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-07	2019-08		8495417663	E	2019/08/09			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1019012454	HERNANDEZ RAMIREZ CESAR AUGUSTO	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0
2	CC	1072645702	HUERTAS BOHORQUEZ SONIA	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS005	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$4,400	30	$0	$0
Total			**Afiliados(2)**			$1,656,232	$265,000			$1,656,232	$66,400			$1,656,232	$66,400			$1,656,232	$62,100		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$265,000	$0	$0	$265,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$265,000	$0	$0	$265,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$62,100	$0	$0	$62,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$62,100	$0	$0	$62,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$66,400	$0	$0	$66,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	2	$66,400	$0	$0	$66,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$66,400	$0	$0	$66,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$33,200	$0	$0	$33,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$33,200	$0	$0	$33,200
TOTAL				2	$459,900	$0	$0	$459,900

PLANILLA SIN PAGAR

426
1288

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.913.617**

ALFONSO TORRES

APELLIDOS

LUIS GABRIEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1978**

SOPO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-JUN-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00006604-M-0079913617-20080430 0000199162A 1 1510001583

Labor Vital
Su salud en buenas manos

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso Con énfasis Osteomuscular - Ingreso Con énfasis Para Trabajo En Alturas



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 79913617 **Sexo:** Masculino ♂
Apellido: Alfonso Torres **Nombre:** Luis Gabriel **Edad:** 40 años
Empresa: Hidroalfa Sas **Nacim:** 28/Nov/1978
Cargo: Auxiliar De Plomeria **Rh:** O+
Direccion: Cl 162 97 17
Telefono: **Celular:** 3194061910 **Email:**
Peso: 64 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 23.5
EPS: Salud Total **ARL:** . **AFP:** Porvenir
Escolaridad: Primaria **Estado Civil:** Casado (a) **Jornada Laboral:** Diurna
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Fecha: 09/Ago/2019, **Hora:** 08:17:41 a.m. **Recepcion:** # 33140

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica ☑ Audiometria Tamiz ☐ Coprologico ☐ Espirometria ☑ Glicemia ☑ Optometria
☐ Perfil Lipidico ☑ Vestibular ☐ Visiometria

Otros: Colesterol Total, Trigliceridos, Osteomuscular

Recomendaciones

Otros: M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional, M = Control Con Su Eps

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control Anual, Uso De Epa, Reposo Auditivo Extra Laboral.
Audiometria Clinica	
Optometria	lente de seguridad con correccion optica
Visiometria	
Osteomuscular	Arcos De Movimientos Dentro De Limites Normales
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Dentro De Límites Normales
Cardiovascular	
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales
Altura	

Recomendaciones Personalizadas: Uso De Lentes

Concepto

Otros: Apto Para Trabajo En Alturas, Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 • R.M. 70123523

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629/16

Luis Gabriel Alfonso Torres
CC 79913617

Huella Digital

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
HIDROALFA S A S
Identificada con NT No. 800230346

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2802508465209, a partir del 01 de Septiembre del año 2010.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	79913617	LUIS GABRIEL ALFONSO TORRES	OPERATIVA	5	6.96%	12/08/2019		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 9 de Agosto del año 2019.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

448

No. U 14493750

Fecha de radicación: 12 08 2019 | PÁGINA 1 DE 2

1291

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Afiliado [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo Cotizante (Ver tabla de Códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): 1 Dependiente

Código Tipo de Pensionado:

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	6. Apellidos y Nombres: Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc.
ALFONSO	TORRES	LUIS	GABRIEL	C C

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento	Estado Civil	EPS Anterior
79913617	Femenino [ ] Masculino [X]	28 11 1981	Soltero (a)	SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [ ] Condición [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización-IBC
	PORVENIR	931,787

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CL 162 # 92 17		3103892964	A@A.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]		DISTRITO CAPITAL	2685

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento	Dirección
	Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Código de la IPS	Teléfono fijo	Teléfono Celular
	Urbana [ ] Rural [ ]				

Datos básicos de identificacón de los beneficiarios y de los afiliados adicionales — 24. Apellidos y Nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B 1	ALFONSO	CERQUERA	LUIS	SANTIAGO
B 2	ALFONSO	CERQUERA	LAURA	VANESSA
B 3	ALFONSO	CERQUERA	DANIEL	MATEO
B 4				

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B 1	TI	1031815710	M	02 10 2008	A@A.COM
B 2	TI	1020723769	F	14 04 2005	A@A.COM
B 3	TI	1020778511	M	29 01 2011	A@A.COM
B 4				D D M M A A A A	

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etinia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B 1	Hijos		Tipo [ ] Condición [ ]	
B 2	Hijos		Tipo [ ] Condición [ ]	
B 3	Hijos		Tipo [ ] Condición [ ]	
B 4			Tipo [ ] Condición [ ]	

	32. Datos de residencia Dirección	Zona		Municipio / Distrito	Departamento	Télefono fijo	Celular
B 1	CL 162 # 92 17	X		BOGOTA D.C.	DISTRITO CAPITAL		3103892964
B 2	CL 162 # 92 17	X		BOGOTA D.C.	DISTRITO CAPITAL		3103892964
B 3	CL 162 # 92 17	X		BOGOTA D.C.	DISTRITO CAPITAL		3103892964
B 4							

	34. Selección de la IPS Primaria — Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por le EPS)
B 1	IPS COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO SUBA	2685
B 2	IPS COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO SUBA	2685
B 3	IPS COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO SUBA	2685
B 4		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
HIDROALFA S.A.S	N I	8 0 0 2 3 0 3 4 6	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRA 161 # 96 - 13 PISO 1	3112789054	SEGURIDADST@HIDROALFASAS.COM;APAEZ@S	BOGOTA D.C.	DISTRITO CAPITAL

430
1292

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUIS GABRIEL ALFONSO TORRES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **79,913,617**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 09 días del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

JMHSEQ

J&M HSEQ SAS
NIT: 900862154-9

J&M Seguridad y Medio Ambiente SAS Autorización N° 08SE2019220000000008166 por el Ministerio de Trabajo para impartir cursos de trabajo seguro en alturas
11 de marzo de 2019

CERTIFICA QUE:

HSEQ S.A.S

LUIS GABRIEL ALFONSO TORRES
IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANIA 79.913.617
Participo y Aprobó el curso de:

NTC 6072
CS – CER650027

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL: NIVEL AVANZADO
Con una intensidad de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogota a los (15) dias del mes de agosto de 2019 Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolucion 1409 de 2012 y Resolucion 1178 de 2017

JAIDER MAHECHA GUTIERREZ
CC: 80.874.332
Representante Legal

ENTRENADOR
SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE
JMHSEQ S.A.S.
JAIDER MAHECHA GUTIERREZ
L.O: N° 12164 de 19/10/2017

20197690769

15/08/2019

Calle 67 # 19-53 – Bogotá -Teléfono: 7896666 - 3212018638
Consultar Validez: jmhseq.sas@gmail.com
La validez de este certificado puede ser consultado en la página web: www.jmhseq.com link certificados

431
193


02-ENE-1984
REPELON
ATLANTICO
1.70
O+
M
25-ABR-2017 REPELON


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.046.275.114
FIGUEROA SARMIENTO
KAROL

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 10061 DEL 20/09/2013
Carrera 20 A #72-69, Oficina 201
Teléfonos: 7551993 – 7551921 – 3112241777
Email: efiocupacional@gmail.com



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
CERTIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
RESOLUCIONES: 2346 de 2007 Y 1409 de 2012

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

1.1-EMPRESA CONTRATANTE:	CONSTRUCCIONES PYE S.A.S.										
1.2-CIUDAD:	BOGOTÁ			1.3-DEPARTAMENTO		BOGOTÁ D.C.					
1.4-FECHA:	DIA	11	MES	12	AÑO	2018					
1-5-APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	FIGUEROA SARMIENTO HAROL										
1.6-DOCUMENTO:	CC	1.046.275.114	1.7-GÉNERO	MASCULINO	X	FEMENINO		1.8-Edad (años)	34		
1.9-CARGO A DESEMPEÑAR:	AYUDANTE DE OBRA							1.10-NIVEL DE ESTUDIOS	9		
1.11-SEGURIDAD SOCIAL:	E.P.S.	SALUD TOTAL		A.R.L.	SURA						
1.12-TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL	X	PERIODICO		ESPECIAL (¿Cuál?)		CERTIFICACIÓN ALTURAS	X			
1.13-FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA RESULUCIÓN 1409 DE 2012										

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	Resumen de los Hallazgos:												
2.1-AUDIOMETRÍA (ESCALA LARSEN)	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE			NO	X	SI			
2.2-VISIOMETRÍA (OPTEC-2000)	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS			NO	X	SI			
2.3-ESPIROMETRÍA (KNUDSON)	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		OBSTRUCTIVA		PATRÓN RESTRICTIVO		PATRÓN MIXTO				
2.4-HEMOCLASIFICACIÓN	GRUPO SANGUINEO	O	RH	+									
2.5-GLICEMIA BASAL	NORMAL	X	LIGERAMENTE ALTERADA		MUY ALTERADA								
2.6-PERFIL LIPÍDICO	DENTRO DE VALORES NORMALES	X	LIGERAMENTE ALTERADO		MUY ALTERADO								
2.7-PSICOTEST DE ALTURAS	SIN ALTERACIONES	X	LEVEMENTE ALTERADO		MUY ALTERADO								
2.8-PRUEBAS NEUROLÓGICAS CLÍNICAS	SIN ALTERACIONES	X	LEVEMENTE ALTERADAS		MUY ALTERADAS								
2.9-EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:	Dental	X	Cardiovascular		Osteoarticular		Visual		Otro			
2.10-EVALUACIÓN OSTEO-MUSCULAR Y ARTICULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL	X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL										

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

3.1-SIN ALTERACIONES DETECTABLES	
3.2-CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	X
3.3-DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA LABORAR EN ALTURAS	
3.4-RESTRINGIDO: (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
5-APLAZADO	

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS:

SI

APTO PARA DESARROLAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1409 DE 2012:

SI

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

Sistema Integral de Gestión del Riesgo	No	Si	Condiciones o intervenciones propuestas para limitar el daño:
4.1-TRABAJO SEGURO EN ALTURAS		X	CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
4.2-VISUAL	X		USAR PROTECTOR VISUAL: NO / SI X — DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS: NO X / SI
4.3-CARDIOVASCULAR		X	RECOMENDACIONES DIETARIAS: NO X / SI — MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN: NO X / SI
4.4-AUDITIVO	X		PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE: NO / SI X — LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS: NO X / SI
4.5-ERGONÓMICO		X	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA: NO / SI X — LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS: NO X / SI
4.6-RESPIRATORIO	X		USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORÍA: NO / SI X — MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN: NO X / SI
4.7-HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		X	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO: NO / SI X — MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN: NO X / SI
4.8-RIESGO PSICO-SOCIAL	X		HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL: NO X / SI — MEDIDAS ADICIONALES: NO X / SI

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:	SI	NO
5.1-USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL	X	
5.2-SEGUIR RECOMENDACIONES DIETARIAS		X
5.3-BAJAR DE PESO		X
5.4-DEJAR DE FUMAR	X	
5.5-HACER SEGUIMIENTO DE LA TENSIÓN ARTERIAL		X
5.6-MANTENER CUIDADOS AUDITIVOS ESPECIALES: USO DE PROTECTOR AUDITIVO DE COPA Y LIMITACIÓN DE LA EXPOSICIÓN A RUIDO		X
5.7-DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES		X
5.8-SOLICITAR VALORACIÓN Y MANEJO EN LA EPS		X
5.9-OTRA:		X

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL RESOLUCIÓN 9615 de 2017	Harol Figueroa 1.046.275.114 Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador CC:	Huella Indice derecho

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL IDENTIFICADA CON NIT: 9600 07353-0, EL PRESENTADO LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO IDENTIFICADO CON CC 3.531.518, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD. QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CONTIENEN LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANTENER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos en este documento.

ARL | sura

434
1296

Medellín, 17 de Agosto de 2019

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 ANCER CONSTRUCTOR SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - VOTO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1046275114	FIGUEROA SARMIENTO HAROL	02/08/2019		42210v15	DEPENDIENTE

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:C10190667331922965878

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 17/08/2019 18:17:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.30.147, 172.16.42.57

VIGILA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SaludTotal EPS-S

435
1297

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4003976511	0|1|0|8|2|0|1|9

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

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

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

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS): 1

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

A. AFILIACIÓN

6.Apellidos y nombres			
FIGUEROA (Primer apellido)	SARMIENTO (Segundo apellido)	HAROL (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1046275114	Femenino ☐ Masculino ☒	0|2|0|1|1|9|8|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	828116

18.Residencia

TV 14 A N 38 24 LEON 13 (Dirección)	Telefono fijo	3219634615 (Telefono celular)	HAROLF@GMAIL.COM (Correo electronico)
SOACHA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CUNDINAMARCA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ANCER CONSTRUCTOR SAS	NIT	901206646	01

39.Ubicación

DG 151 B 138 A 80 CA 39 (Dirección)	3474324 (Teleéfono)	ANCERCONSTRUCTOR@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

1298

B. REPORTE DE NOVEDADES

436

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|1|0|8|2|0|1|9

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Hazel Herrera Sarmiento	Click AQUÍ para firmar

IX.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

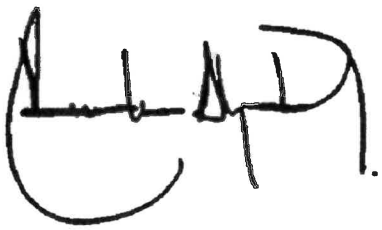
porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **HAROL FIGUEROA SARMIENTO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,046,275,114**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Agosto de 2019.



Gerente de Clientes

458

1300

Salud Total EPS

Bogotá, Agosto 20 de 2019

Señor:
FIGUEROA SARMIENTO HAROL
CC. 1046275114
TV 14 A N 38 24 LEON 13 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 3 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
FIGUEROA SARMIENTO HAROL	1046275114	C	C	36	26	COTIZANTE	COTIZANTE	COTIZANTE		Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ANCER CONSTRUCTOR SAS	1046275114	Dependiente	VIGENTE
CONSTRUCCIONES PYE SAS	1046275114	Dependiente	CERRADO
EMINSS	1046275114	Dependiente	CERRADO
JEZ CONSTRUCCION Y ALQUILER S A S	1046275114	Dependiente	CERRADO
MULTISERVICIOS SEMAVI LTDA	1046275114	Dependiente	CERRADO
OBRAS CIVILES CRISTOBAL DAZA SAS	1046275114	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

REE-58394-11

CUMBRE COLOMBIA

CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Aprobado por el Ministerio de Trabajo de Colombia, Certificado en calidad en la formacion de la NTC 6072 por BUREAU VERITAS CO18.01319

Certifica que:

HAROL FIGUEROA SARMIENTO

identificado con cédula de ciudadanía: 1046275114

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento para trabajo seguro en alturas en el nivel

REENTRENAMIENTO

Con una duración de 20 horas

En testimonio del anterior, se firma en Bogotá DC, el **26 de abril 2019**

MINISTERIO DEL TRABAJO
No. Radicado
08SE.2018220000090020167

REV-04

ROSALBA GARCIA RUBIANO
Representante Legal
Licencia de prestación de servicios de Seguridad y salud en el trabajo
No. 5710 de 30/04/2018

GUSTAVO RODRIGUEZ FORERO
Entrenador trabajo seguro en alturas
Licencia Salud Ocupacional. 255299 del 28/10/2014

Informes: Calle 71 No. 21- 44 • Info@cumbrecolombia.com
VERIFICACION CERTIFICADOS fijo: 300 1094
móvil: 316 693 1166 • Pagina web: www.cumbrecolombia.com

459
1081

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.046.323

ALARCON PEÑA
APELLIDOS

JOSE ISIDRO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1965
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

07-NOV-1983 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500112-47155042-M-0079046323-20070127 01089 07027A 02 227348783

GLOBAL SERVICE

Fecha: 20-08-2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S				Actividad Económica:						
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:			Cargo:	MAESTRO DE OBRA		Sección:					

1 Apellido: ALARCON	2 Apellido: PEÑA	Nombre: JOSE ISIDRO	CC: 79046323	FN: 27-09-1965	
Edad: 54	Sexo: M	Estado Civil: CASADO	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CRA 73 A 75- 50	Tel / Cel: 35088227237
EPS	SALUD TOTAL	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				**EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS**			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	X
LABORATORIOS:						OTROS:			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO: MAESTRO DE OBRA
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
-

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.

Firma y huella del Trabajador
C.C: 79046323

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

442
1304

INGRESO:EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79046323
Nombre:	JOSE ISIDRO ALARCON PEÑA
Fecha Ingreso:	22/08/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	21/08/2019 10:25:41 a.m.

443
462
1305

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

NIT 800.130.907-4

* 5 0 0 2 1 5 6 6 2 6 *

No. DE RADICACIÓN 5002156626

Fecha de Radicación 21 | 08 | 2019

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ALARCON	PEÑA	JOSE	ISIDRO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC [X]	79 046 323	Femenino [ ] Masculino [X]	07 / 09 / 1965

DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Personales	12. Discapacidad	Tipo (T N M)	Condición (T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
COLPATRIA	Porvenir	$ 828116

Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CARRERA 86A 7550		3508827237	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA D C	Urbana [X] Rural [ ]		CUNDINAMARCA

SALUD TOTAL EPS S.A. Unidad Promotora de Salud Unidad Funcional para Contratación

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Datos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A
				D D M M A A A A
				D D M M A A A A
				D D M M A A A A
				D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo: F	N	M	Condición: T	P

Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)

Sede de la IPS Primaria

Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
[illegible] ingeniería y [illegible]	NIT	901300853	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 100 135A 04	2884155	[illegible]	BOGOTA DC	CUNDINAMARCA

ORIGINAL EPS

FORS-RVA V11-2016

444
1306

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

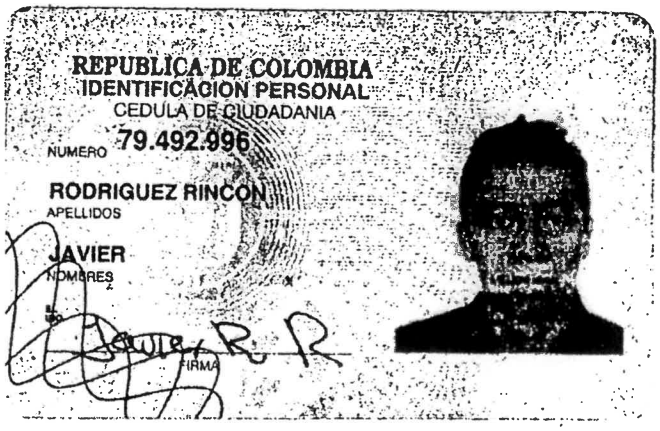
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOSE ISIDRO ALARCON PEÑA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **79,046,323**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

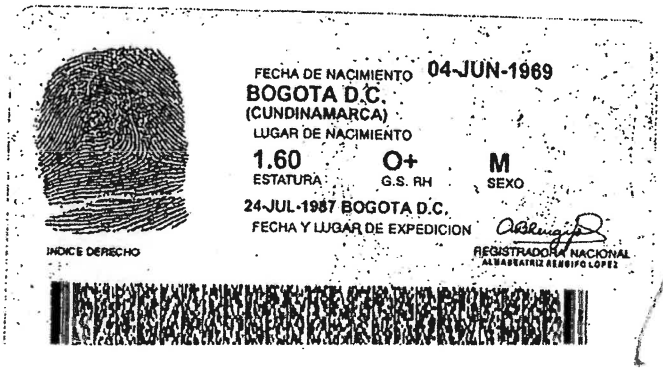
La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

~~445~~
1307


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.492.996
RODRIGUEZ RINCON
APELLIDOS
JAVIER
NOMBRES
FIRMA

EPS = Sura
Direccion = Karrera 54 este 46-24 sur
Telefono = 3006322997


FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1969
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
24-JUL-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO

446
1308

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

CONSULTA EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Documento:	NIT
Documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de Documento:	CÉDULA
Documento:	79492996
Nombre:	JAVIER
Apellidos:	RODRIGUEZ RINCON
Genero:	MASCULINO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE
NIT Emp. en Misión:	0
Empresa en Misión:	EMPLEADOS DE PLANTA
Código Sucursal:	1
Sucursal:	PRINCIPAL
Código C. de Trabajo:	5
Centro de Trabajo:	OBRA 1
Tasa de Riesgo:	6,96
EPS:	SURA E.P.S
AFP:	PROTECCION
Estado:	VIGENTE
Tipo de Afiliación:	DEPENDIENTE
Cargo:	OFICIAL DE OBRA
Fecha de Ingreso:	21/08/2019
Valor Salario:	828116

1309

~~466~~

IPS UNIDAD DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA OLAYA

RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 3673 DE 2008 MPS

EMPRESA:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S.	EPS SURA		FECHA	20/08/2019
TRABAJOS EN ALTURAS	☑	POS- OCUPACIONAL O EGRESO	☐	PERIODICO	☐
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAVIER RODRIGUEZ RINCON			79,492,996	
EDAD: 50 AÑOS	SEXO: MASCULINO	CARGOA A DESEMPEÑAR:			OFICIAL

EXAMENES CLINICOS PRACTICADOS

Evaluacion medico Ocupacional	☑	Examenes Laboratorio	☑	SI	☐	NO	☐
Optometria	☑	Glicemia	☑	Colesterol	☑	Triglicerios	☑
Audiometria	☑		☐	Estatura	1.60	Peso	72.KG
Espirometria	☑	Osteomuscular	☐	RH	O +	F CARDIACA	80/110

Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valoracion médica ocupacional y paraclinicos segun resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012. SI (X) NO ( )

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS	☑	MOTIVO
NO APTO	☐	MOTIVO
OBSERVACIONES		

EXÁMEN PERIODICO							
Puede continuar con su labor	SI	☐	NO	☐	Se sugiere reubicacion laboral	SI	☐ NO ☐
EXÁMEN PERIODICO							
Sospecha de enfermedad laboral	SI	☐	NO	☐	Cual		

Javier R. R.

FIRMA DEL PACIENTE

Dr. Jorge Betancourt P.
Medico Especialista
Salud Ocupacional
1052156[illegible] R.M. [illegible]

FIRMA DEL ESPECIALISTA

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

[illegible] el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa y solicitante del examen. En cumplimiento de la RESOLUCION 2346 [illegible] 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clinica y no se emiten diagnosticos clinicos en este documento.

cel 3154489189

[illegible]

MC No 5300[illegible]

~~448~~
1310

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6l_1700**

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

Reingreso 1	
Empleador	NI 901300853 OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS.
Afiliado	CC 79492996 JAVIER RODRIGUEZ RINCON
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 828,116
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CRA 100 # 134 - 04
Fecha de ingreso	21/08/2019
Fecha de radicación	21/08/2019 10:08:55 a.m.
Código de Transacción	94054960
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 09/2019

Fecha de generación 21/08/2019

449
1311

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ RINCON JAVIER** identificado(a) con **CC** número **79.492.996** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de julio de 2007 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de agosto de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20190821103411

HSEQ INTERNATIONAL S.A.S.

"Calidad, investigación y seguridad al alcance de todos"

NIT. 900.601.478-0

Certificado de capacitacion y entrenamiento

JAVIER RODRIGUEZ RINCON
C.C. N° 79492996

Asistió y aprobó el curso de:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
REENTRENAMIENTO AVANZADO





Con una intensidad horaria de 20 horas, según

Resolución de Salud Ocupacional 1499 del 05 de Marzo 2013 de la Secretaria de Salud del Meta

y Resolución 08SE2018220000000030196, del Ministerio de Trabajo, y certificado CO18.01717 Expedido por Bureau veritas.

de acuerdo al título II, capitulo II Articulo 9 de la Resolución 1409 de 2012 y 1178 del 2017 del Ministerio de Trabajo

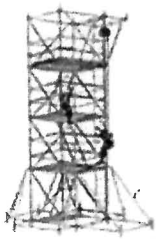
Se realizaron en Villavicencio del 10 agosto 2019 a 11 agosto 2019. Se expide en la ciudad de Villavicencio el día 11 agosto 2019.

ING. GABRIEL GUTIERREZ

TSA: 12636

YOHANA PATRICIA ALGARRA

MinTrabajo
Ministerio del Trabajo



Calle 1 lote 2 Km. 1 Llano Lindo Centro de Entrenamiento Calle 34 No.41-64 Barzal Alto y Calle 9 Sur No.23-34 La Rosita - Villavicencio, Bogotá D.C., Cali, Neiva, Puerto Asis, Ibagué, Manizales, Pereira, Antioquia, Tunja, Bucaramanga Cel.: 3112241304-3125344944

PARA VERIFICACIÓN DE DIPLOMAS :

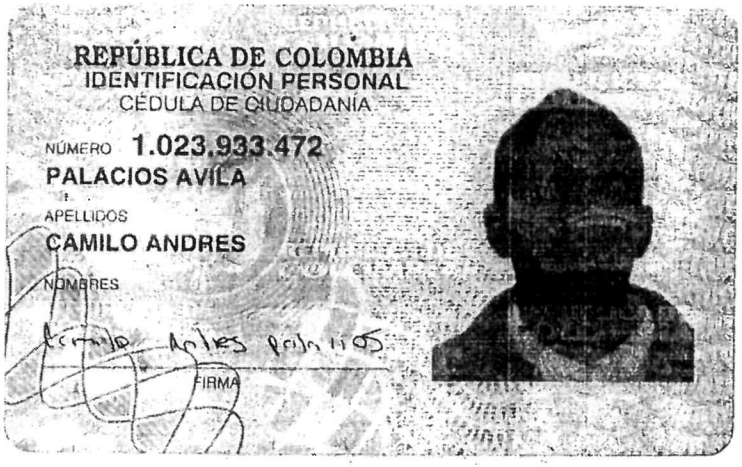
E-mail:hseqinternational@gmail.com Web: www.hseqinternational.com.co

BUREAU VERITAS ESTÁ CERTIFICADO POR LA ONAC CON EL CERTIFICADO ISO/IEC 17065:2012 09-CPR-008

HSEQ INTERNATIONAL ESTÁ AVALADO Y CERTIFICADO POR BUREAU VERITAS CON EL CERTIFICADO N° CO18.01717 27/06/2018 NTC 6072/2014

RESOLUCION N° 08SE2018220000000030196 DE AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DEL TRABAJO

132



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.023.933.472
PALACIOS AVILA
APELLIDOS
CAMILO ANDRES
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-JUN-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-01044069-M-1023933472-20181106 0063104826A 1 9906412453

Eps: Famisanar

1314
471

IPS UNIDAD DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA OLAYA

RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 3673 DE 2008 MPS

EMPRESA:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S.	EPS FAMISANAR		FECHA	29/08/2019
TRABAJOS EN ALTURAS	☑	POS- OCUPACIONAL O EGRESO	☐	PERIÓDICO	☐
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILO ANDRES PALACIOS AVILA			1,023,933,472	
EDAD: 25 AÑOS	SEXO: MASCULINO	CARGOA A DESEMPEÑAR:		AYUDANTE	

EXAMENES CLINICOS PRACTICADOS

Evaluacion medico Ocupacional	☑	Examenes Laboratorio	☑	SI	☐	NO	☐
Optometria	☑	Glicemia	☑	Colesterol	☑	Trigliceros	☑
Audiometria	☑		☐	Estatura	1.72	Peso	68 KG
Espirometria	☑	Osteomuscular	☐	RH	B +	F CARDIACA	80/120

Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos segun resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS	☑	MOTIVO
NO APTO	☐	MOTIVO
OBSERVACIONES		

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor	SI ☐	NO ☐	Se sugiere reubicacion laboral	SI ( )	NO ( )
EXÁMEN PERIODICO					
Sospecha de enfermedad laboral	SI ☐	NO ☐	Cual		

Camilo Andres Palacios
FIRMA DEL PACIENTE

Dr. [illegible]
Medico Especialista
Salud Ocupacional
1053808 - R.M [illegible]
FIRMA DEL ESPECIALISTA

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa en mención. En concordancia con la RESOLUCION 2346 DE 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clinica y no se emiten diagnosticos clinicos en este documento

cel 3154489189

NIT No 830079896 3

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

CONSULTA EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Documento:	NIT
Documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de Documento:	CÉDULA
Documento:	1023933472
Nombre:	CAMILO ANDRES
Apellidos:	PALACIOS AVILA
Genero:	MASCULINO
Estado Civil:	SOLTERO(A)
NIT Emp. en Misión:	0
Empresa en Misión:	EMPLEADOS DE PLANTA
Código Sucursal:	1
Sucursal:	PRINCIPAL
Código C. de Trabajo:	5
Centro de Trabajo:	OBRA 1
Tasa de Riesgo:	6,96
EPS:	E.P.S. FAMISANAR LTDA.
AFP:	PORVENIR
Estado:	VIGENTE
Tipo de Afiliación:	DEPENDIENTE
Cargo:	OFICIAL DE OBRA
Fecha de Ingreso:	21/08/2019
Valor Salario:	828116

EPS

NIT 830.003.564-7

9004583441

Fecha de Radicación: 21 08 2019

454

316

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombre			
PALACIOS	AVILA	CAMILO	ANDRES

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023933472	Femenino [ ] Masculino [X]	07 06 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$828.116	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular		
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Departamento / Estado	País de residencia	

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

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

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

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
			Femenino	Masculino		29. Parentesco	30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad					32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo			Condición		Municipio / Distrito	Zona		Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
	F	N	M	T	P		Urbana	Rural			
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1 a B5		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OLMO INGENIERIA Y	NT	901300853	

39. Ubicación				
CR 100 A N 135 04	3107844390		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	21 08 2019

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no vinculación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

56. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CCD] [CA] [CE] [CDD] [SC]
Cantidad [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
66. 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 la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

71. Firma del funcionario

Impreso S.gpremium.net

455

1317

compensar

Bogotá DC. 20 de Agosto de 2019

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/8/2019, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 1023933472
Nombres y Apellidos	CAMILO ANDRES PALACIOS AVILA
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 901300853
Razón Social Empleador	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	21/8/2019
Fecha de Ingreso a Compensar	20/8/2019
Cargo	OFICIAL DE OBRA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 828116

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

456
1318

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CAMILO ANDRES PALACIOS AVILA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,023,933,472**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

HSEQ INTERNATIONAL S.A.S.

"Calidad, investigación y seguridad al alcance de todos"

NIT. 900.601.478-0

Certificado de capacitacion y entrenamiento

CAMILO ANDRES PALACIOS AVILA
C.C. N° 1023933472

Asistió y aprobó el curso de:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
REENTRENAMIENTO AVANZADO





Con una intensidad horaria de 20 horas, según

Resolución de Salud Ocupacional 1499 del 05 de Marzo 2013 de la Secretaria de Salud del Meta

y Resolución 08SE2018220000000030196, del Ministerio de Trabajo, y certificado CO18.01717 Expedido por Bureau veritas.

de acuerdo al título II, capitulo II Articulo 9 de la Resolución 1409 de 2012 y 1178 del 2017 del Ministerio de Trabajo

Se realizaron en Villavicencio del 10 agosto 2019 a 11 agosto 2019. Se expide en la ciudad de Villavicencio el día 11 agosto 2019.

ING. GABRIEL GUTIERREZ
REPRESENTANTE LEGAL
CELULAR:311 224 1304

TSA: 12634

YOHANA PATRICIA ALGARRA
ENTRENADOR
RESOLUCIÓN N° 3978 DEL 2018

MinTrabajo
Ministerio del Trabajo



Calle 1 lote 2 Km. 1 Llano Lindo Centro de Entrenamiento Calle 34 No.41-64 Barzal Alto y Calle 9 Sur No.23-34 La Rosita - Villavicencio, Bogotá D.C., Cali, Neiva, Puerto Asis, Ibagué, Manizales, Pereira, Antioquia, Tunja, Bucaramanga Cel.: 3112241304-3125344944

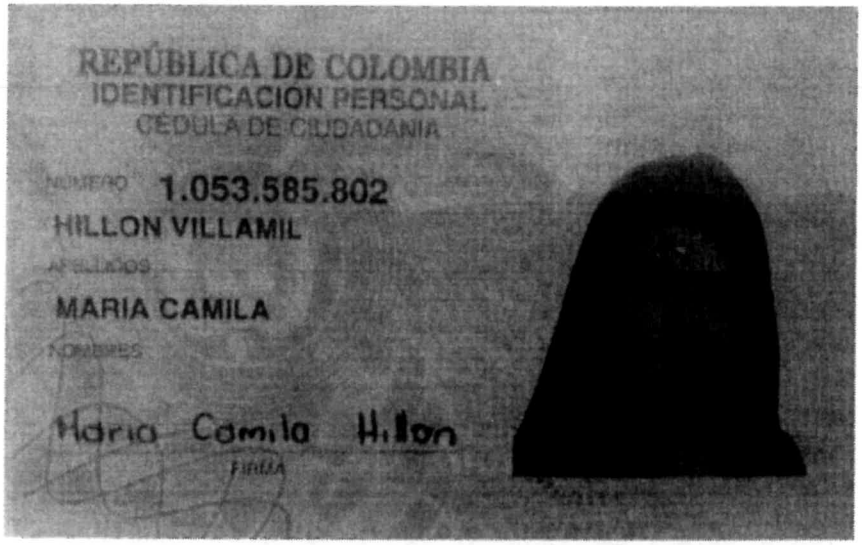
PARA VERIFICACIÓN DE DIPLOMAS :

E-mail:hseqinternational@gmail.com Web: www.hseqinternational.com.co

BUREAU VERITAS ESTÁ CERTIFICADO POR LA ONAC CON EL CERTIFICADO ISO/IEC 17065:2012 09-CPR-008

HSEQ INTERNATIONAL ESTÁ AVALADO Y CERTIFICADO POR BUREAU VERITAS CON EL CERTIFICADO N° CO18.01717 27/06/2018 NTC 6072/2014

454


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.053.585.802

HILLON VILLAMIL

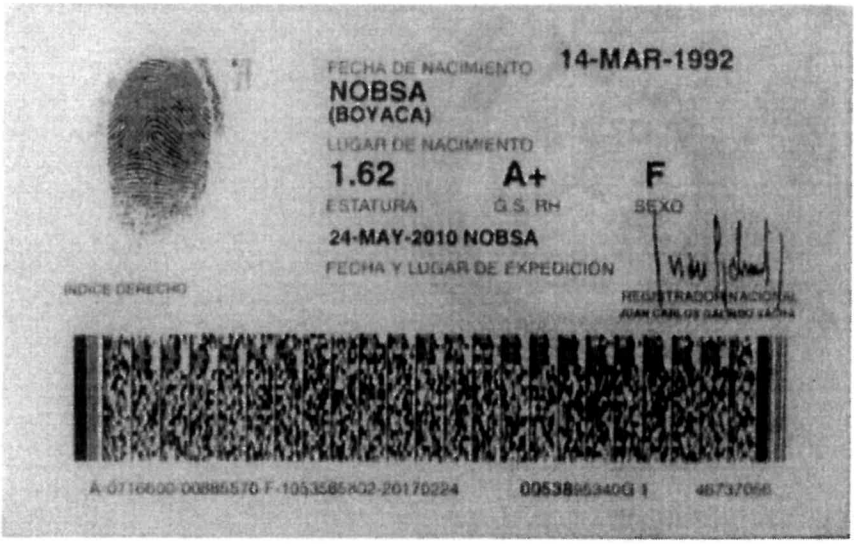
APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

Maria Camila Hillon

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1992

NOBSA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

24-MAY-2010 NOBSA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-0716600-00885576 F-1053585802-20170224 0053865340G 1 46737066

IPS UNIDAD DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA OLAYA

RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 3673 DE 2008 MPS

EMPRESA:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S.	EPS NUEVA EPS		FECHA	20/08/2019
TRABAJOS EN ALTURAS	☑	POS- OCUPACIONAL O EGRESO	☐	PERIÓDICO	☐
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA HILLON VILLAMIL			1,053,585,802	
EDAD: 27 AÑOS	SEXO: FEMENINO	CARGOA A DESEMPEÑAR:		RESIDENTE DE OBRA	

EXAMENES CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación medico Ocupacional	☑	Examenes Laboratorio	☑	SI	☐	NO	☐
Optometria	☑	Glicemia	☑	Colesterol	☑	Triglicerios	☑
Audiometria	☑			Estatura	1.62	Peso	75.KG
Espirometria	☑	Osteomuscular	☐	RH	A +	F.CARDIACA	70/110

Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS	☑	MOTIVO
NO APTO	☐	MOTIVO
OBSERVACIONES	SE RECOMIENDA CONTROL CON ESPECIALISTA EN NUTRICION POR SOBRE PESO	

EXÁMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicacion laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN PERIODICO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

Maria camila Hillon

FIRMA DEL PACIENTE

Dr. Jorge Betancourth P
Medico Especialista
Salud Ocupacional
1053818668 - R.M. 1300

FIRMA DEL ESPECIALISTA

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Nota aclaratoria: CERTIFICADO el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia a con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y por lo tanto diagnosticos clinicos en este documento

cel 3154489189

NIT No 830079866 3

400
1322

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1053585802
Nombre:	MARIA CAMILA HILLON VILLAMIL
Fecha Ingreso:	20/08/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	19/08/2019 04:44:33 p.m.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

gente cuidando gente

NIT 900.156.264-2

461

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 12543432

0106488592

7323

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: 1. Dependiente [ ] 3. Independiente [ ] 5. Pensionado [ ] 6. Cotizante por prestación de servicios [ ]

CÓDIGO

FECHA DE LA SOLICITUD

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Hillon	Villamil	MARIA	CAMILA

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X] | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1053585802 | 9. SEXO: X | 10. FECHA NACIMIENTO: 11 03 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código | 12. DISCAPACIDAD: Tipo / Condición | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: COLPATRIA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 828116

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 4 393 90

LOCALIDAD / COMUNA

BARRIO: PRIMAVERA

CIUDAD / MUNICIPIO: BOGOTA DC

DEPARTAMENTO: C/MARCA

ZONA: U. [X] R. [ ]

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL: 3144202653

CORREO ELECTRÓNICO

CÓDIGO IPS

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

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. [illegible]	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Comuna / Área	Dirección	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL, beneficiario (A)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO				NIVEL DE SISBEN	GRUPO
1			R [ ] U [ ]										
2			R [ ] U [ ]										
3			R [ ] U [ ]										
4			R [ ] U [ ]										

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

35. Nombre o Razón Social: Dhg Ingeniería y construcción

36. Tipo documento de identidad: [X]

37. Número documento de identidad: 901300852

DV

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cr 100A 135 04 | BOGOTA | C/MARCA | 3107844550 | r.hurtado@hotmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 20/03/2019 | CARGO: RESIDENTE OBRA | SALARIO: $ 828116

VI. REPORTE DE NOVEDADES

10. 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 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 PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
10 TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES [ ]
11 VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12 DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]

13 NUEVA EPS
14 TRASLADO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE: DIEGO CABRERA FALLA
15 CLAVE ASIGNADA: C7370
16 FECHA DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
17 FECHA DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
18 REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO

42. FECHA (a partir de) | 43. EPS ANTERIOR Código | 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: Cotizante [ ] Beneficiario [ ] Cotizante Independiente [ ] Sisbén [ ] | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración: Autorizo(amos) se comunique con [illegible] que vivimos con mi(mi) Señor(a) [illegible] identificado(a) con [illegible] No. [illegible] de [illegible] del año [illegible]

1) Declaración de bajo juramento (cotizante o beneficiario) y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el (los) Beneficiario(s) relacionado(s) en el presente documento [illegible]

2) Declaración de voluntad de afiliarse al Régimen Contributivo. Cargo al 6 de Excepción [illegible]

3) Declaración de ocurrencia de hechos de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiario. Artículo [illegible] de la Ley [illegible]

4) Declaración de no [illegible] del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una [illegible] Prestadora de Servicios de Salud [illegible]

5) Autorización para que la EPS solicite y obtenga [illegible] y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales [illegible]

Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del registro de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las [illegible] que [illegible] [illegible]

Autorización para que la EPS consulte los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto [illegible] 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [illegible]

6) Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensajes de texto [illegible]

VIII. FIRMAS

maría camila hillon

Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Diego leandro Hillon

Firma y sello del empleador, aportante, entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio o del independiente o persona [illegible]

IX. ANEXOS

30. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] RC [ ] PE [ ]

Cantidad [ ] Total [ ]

[illegible]

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HILLON VILLAMIL MARIA CAMILA** identificado(a) con **CC** número **1.053.585.802** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de marzo de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

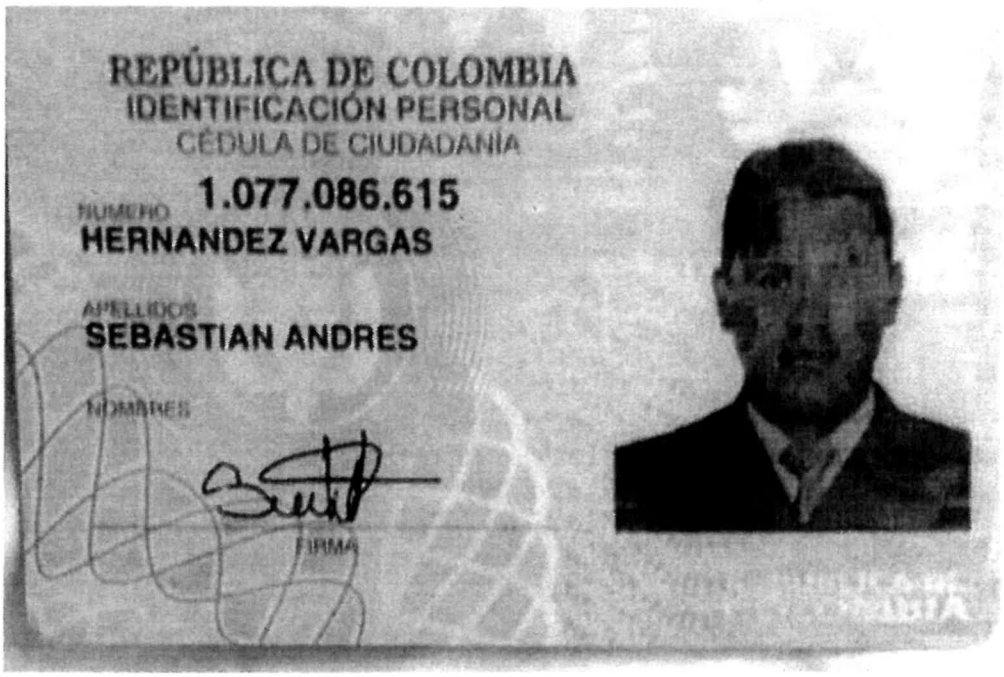
Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de agosto de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.077.086.615

APELLIDOS HERNANDEZ VARGAS

NOMBRES SEBASTIAN ANDRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

AB+ G.S. RH

M SEXO

17-NOV-2011 TOCANCIPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

R-1529200-01022483-M-1077086615-20180716 0061909573A 1 49924676

483
7306

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 10-08-2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS			Actividad Económica CONSTRUCCIÓN							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:		Cargo:	RESIDENTE DE OBRA		Sección:						

1 Apellido: HERNANDEZ	2 Apellido: VARGAS	Nombre: SEBASTIAN ANDRES	CC: 1077086615	FN: 13/08/1993	
Edad: 26	Sexo: M	Estado Civil: SOLTERO	Escolaridad: INGENIERO CIVIL	Dirección: CARRERA86-96 TOCANCIPA	Tel / Cel: 3144106978
EPS	SALUD TOTAL	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL	REUBICAR	APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICOS	X
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS:			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

APTO PARA LABORAR COMO: RESIDENTE DE OBRA

- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-
-

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.

Firma y huella del Trabajador
C.C: 1077086615

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1077086615
Nombre:	SEBASTIAN ANDRES HERNANDEZ VARGAS
Fecha Ingreso:	11/08/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	10/08/2019 10:36:43 p.m.

485

1328

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

NIT 800.130.907-4

* 5 0 0 2 1 5 6 6 2 6 *

No. DE RADICACIÓN 5002156626

Fecha de Radicación 12/08/2017

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: HERNANDEZ	Segundo apellido: VARGAS	Primer nombre: SEBASTIAN.	Segundo nombre: ANDRES.

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
[CC]	1079 086 615	Femenino [ ] Masculino [X]	13/08/1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo [ ] [N] [M] Condición [ ] [F]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
COLMENA	PORVENIR	4 828 116

18. Residencia			
Dirección: Cr 7 6 96	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3144169478	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: BOGOTA DC	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: C/MARCA.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

SALUD TOTAL EPS S.A. Unidad Promoción y Afiliación

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante a pensiones (a registrar por la EPS)
Olmo Ingeniería y construcción	[NIT]	901300853 - 4	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cll 100 b25 09	8869155	r.hernandez@olmo.com.co	BOGOTA DC	ANTIOQUIA

ORIGINAL EPS

F085-RIVA V.11-2016

467

1309

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **SEBASTIAN ANDRES HERNANDEZ VARGAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1.077.086.615**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.205.591
RODRIGUEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
ERIKA EMILIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-SEP-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00657767-F-0052205591-20150109 0042310347A 1 1543157805

Scanned with CamScanner

IPS UNIDAD DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA OLAYA

RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 3673 DE 2008 MPS

EMPRESA:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S.	EPS NUEVA EPS		FECHA	20/08/2012
TRABAJOS EN ALTURAS	☑	POS- OCUPACIONAL O EGRESO	☐	PERIÓDICO	☐
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA HILLON VILLAMIL			1,053,585,802	
EDAD: 27 AÑOS	SEXO: FEMENINO	CARGOA A DESEMPEÑAR:		RESIDENTE DE OBRA	

EXAMENES CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluacion medico Ocupacional	☑	Examenes Laboratorio	☑	SI	☐	NO	☐
Optometria	☑	Glicemia	☑	Colesterol	☑	Trigliceros	☑
Audiometria	☑		☐	Estatura	1.62	Peso	75 KG
Espirometria	☑	Osteomuscular	☐	RH	A +	F.CARDIACA	70/110

Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclinicos segun resolucion Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS	☑	MOTIVO
NO APTO	☐	MOTIVO
OBSERVACIONES	SE RECOMIENDA CONTROL CON ESPECIALISTA EN NUTRICION POR SOBRE PESO	

EXÁMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicacion laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN PERIODICO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual ____

Dr. Jorge Betancourth P
Medico Especialista
Salud Ocupacional
1053808 - R.M. 1030

María Camila Hillon
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ESPECIALISTA

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Para mayor CONFIDENCIALIDAD el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clinica y de los resultados diagnosticos aqui consignados en este documento

cel 3154489389

NIT No 830079866 3

~~470~~

7332

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	52205591
Nombre:	ERIKA EMILIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Fecha Ingreso:	21/08/2019
Salario básico:	2.500.000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	20/08/2019 03:18:26 p.m.

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 830 251,040-6

20082019

115077986

471

1333

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X — B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia X — Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectivo: C. Institucional — D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo X — B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X — B. Independiente — C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del Cotizante o Cabeza de Familia

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	ERIKA	EMILIA

7. Tipo de documento de identidad: CN — TI — CE — CD — RC — CC X — PA — SC

8. Número del documento de identidad: 52 205 591

9. Sexo: Femenino X — Masculino

10. Fecha de nacimiento: D 7 M 0 A 1 9 7 4

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo F N M — Condición T P

13. Puntaje SISBEN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: ColPatria

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso Base de Cotización - IBC: $ 2.500.000

18. Residencia: Dirección: Carrera 40 25 50 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 313 891 4420

Correo Electrónico: r.humanolmo@gmail.com

Municipio / Distrito: BOGOTA D.C

Zona: Urbana X — Rural

Localidad / Comuna:

Departamento: CUNDINAMARCA

III. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE Y DE LOS BENEFICIARIOS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN — TI — CE — CD — RC — CC — PA — SC

21. Número del documento de identidad:

22. Sexo: Femenino — Masculino

23. Fecha de nacimiento:

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino — Masculino		
B2			Femenino — Masculino		
B3			Femenino — Masculino		
B4			Femenino — Masculino		
B5			Femenino — Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular
B1		F N M	T P		Urbana Rural		
B2		F N M	T P		Urbana Rural		
B3		F N M	T P		Urbana Rural		
B4		F N M	T P		Urbana Rural		
B5		F N M	T P		Urbana Rural		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C

B

Olmo Ingeniería y Cons	NIT CC	TI PA	CE CD	901300853	472

39. Ubicación
Dirección: Carrera 100 A 135 04

Teléfono Fijo: 2809155

Correo Electrónico: harmanolmo@gmail.com

Municipio / Distrito: BOGOTA D.C

Departamento: CUNDINAMARCA 1324

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

V. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN TI CE CD / RC CC PA SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VI. DECLARACIONES PARTICULARES

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

VII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Erika Emilia Rodrigues R.

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación (persona natural, institución o de oficio): Diego Leandro Hillon V.

VIII. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad [ ] CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC TOTAL [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. 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.

IX. DATOS ADICIONALES DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

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

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

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
Recibido por:
Fecha: 20/08/2019

Observaciones:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

473
1335

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ERIKA EMILIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,205,591**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

NTC 6072
Bereau Veritas
Certification
CO 18.00982

INNOVA HSEQ S.A.S
Aprobación Ministerio de Trabajo
No.08SE2018220000000016212
CERTIFICACIÓN DE CALIDAD NTC 6072

474
7326

A10054

CONSECUTIVO

INNOVA HSEQ S.A.S
CONSULTORES INTEGRALES

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

CERTIFICA QUE

ERIKA EMILIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

Con cedula de ciudadanía **No 52.205.591**
Curso y aprobó la acción formación con una intensidad de **(20) horas**

NIVEL REENTRENAMIENTO DE TRABAJO EN ALTURAS

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Seguridad para Protección Contra Caidas en Trabajo en Alturas Resolución 1409 de 2012

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, **04 de octubre del 2018**

LUIS EDUARDO VALBUENA PEREZ
C.C 1.140.843.594
Licencia S.O. 03556 del 21/08/2012
Entrenador T.S.A

ING. JHON JAIRO GAITÁN RUEDA
C.C. 79.939.310
Representante Legal

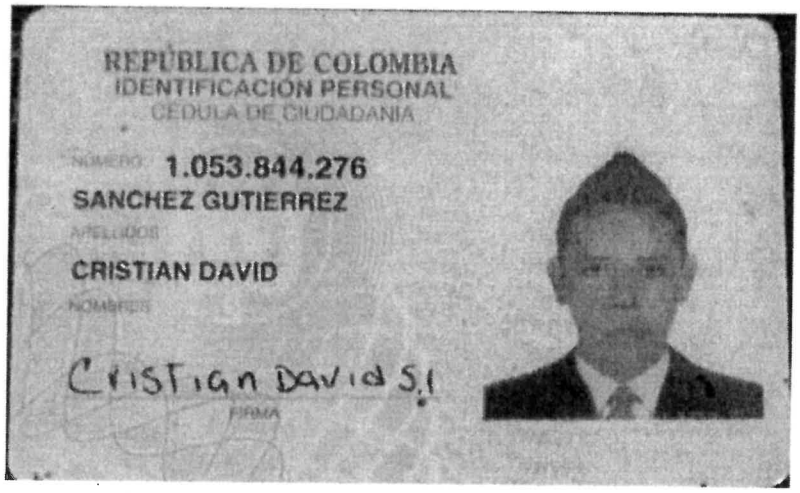
La autenticidad de este documento puede ser verificado en www.innovahseq.com
Al correo alturas@innovahseq.com y/o al tel. 703 71 20
www.innovahseq.com

Numero único de seguridad digital: 4d54557a4f544d314f4467794d673d3d

Scanned with CamScanner

475
1337


FECHA DE NACIMIENTO
24-JUN-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
27-AGO-2013 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO
1.053.844.276
SANCHEZ GUTIERREZ
APELLIDOS
CRISTIAN DAVID
NOMBRES
Cristian David S.I
FIRMA

476

7338

IPS: UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA OLAYA

Sede / Orden: 35 / 00003002369922 | Fecha:26/08/2019 | EMPRESA: DORANCE PERALTA CASTELLANOS NIT 3019591-6

Paciente:CRISTIAN DAVID SANCHEZ GUTIERREZ | Identificacion:1.053.844.276 | Edad: 24Años | Sexo: M

Tipo de paciente: AMBULATORIO | Servicio: CONSULTA

Medico tratante DRA ELIDANIA PEREZ DIAZ

CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

RESOLUCIONES 2346 de 2007 y 3673 de 2008 MPS

CIUDAD Y FECHA: BOGOTA,AGOSTO 26 DEL 2019

NOMBRE DEL TRABAJADOR: CRISTIAN DAVID SANCHEZ GUTIERREZ Identificacion: 1.053.844.276 Edad: 24 Años Sexo: M

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: periódico Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y espacios confinados.

FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	NORMAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NORMAL
3. OXIMETRIA DE PULSO: O2 AMBIENTE	98%
4. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)	NORMAL
5. HEMOCLASIFICACION	O+ (POSITIVO)
6. GLICEMIA	NORMAL
7. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
10. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	SIN ALTERACIONES

11. VARIABLES FISICAS	FRECUENCIA CARDIACA	84	PESO	75 Kg.	ESTATURA	1.65 CM	TENSION ARTERIAL	110/80 mmHg

ALTERACION	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	*PERMANENTE*
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDIOVASCULAR	*NINGUNA*		

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

1. APTO SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS.	X
2. CONDICIONAL (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
3. RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
4. APLAZADO	

- Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

NIT No. 900843677-6

TLF 3014420888 EMAIL: psuellar@gmail.com

Dra. Elidania Perez
MEDICINA GENERAL

Dra. ELIDANIA PEREZ DIAZ
FIRMA MEDICO GENERAL
RM: 59423

Cristian David S.G
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C: 1053844276

HUELLA INDICE DERECHO

477
1339

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) CRISTIAN DAVID SANCHEZ GUTIERREZ identificado(a) con CC número 1053844276 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	SERVICIOS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SOCIAL SAS		
N° Identificación:	900735574		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	27/08/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

lunes, 26 de agosto de 2019 a las 11:30 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00000733500000101320.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

413

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130 907-4

CONSECUTIVO No. 1340

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Ocupación: A. Cotizante o Cabeza de Familia [X] · Beneficiario o afiliado adicional [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] E. Pensionado [ ] Código (asignado por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Sanchez	Gutierrez	Cristian	David
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1053844276	Femenino [ ] Masculino [X]	24 06 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo [ ] Condición [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Número de afiliación
Equidad	Porvenir	828116

18. Residencia			
Dirección: Da 41 # 1D-15	Teléfono: 3223030474	Correo electrónico:	
Municipio: Bta	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Ciudad: clmarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono Fijo y celular	Correo electrónico	Grupo familiar adicional (asignado por la EPSI)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

RECIBIDO PARA ESTUDIO
20 AGO 2013

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS				Código (asignado por la EPS)
C				
B				
B				
B				
B				

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	Código (asignado por la EPS)
Serviseguridad	Nit	900735574	

39. Ubicación				
Dirección: Cra 84 # 89-47	Teléfono: 4327721	Correo electrónico	Ciudad: Bta	clmarca

MIGRADO SUPERSALUD

479

1341

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CRISTIAN DAVID SANCHEZ GUTIERREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,053,844,276**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

Gustavo Espinel Garzón
Médico Cirujano Universidad Nacional - Especialista en Salud Ocupacional - Universidad Manuela Beltrán
Licencia 7989-0809 de la Secretaría de Salud de Bogotá
Medicina - Odontología - Laboratorio Clínico

499
1342



EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Empresa Ancer Constructor SAS Fecha 14/8/19

Nombre Cesar Stiveen Gutierrez Documento 1019066733

Cargo Director de Proyectos EPS Salud total ARL - Edad 27

Dirección Cll 136A # 111A - 09 Teléfono 3143474324 Hemoclasificación O+

TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL

Trabajo en alturas	✓	Egreso		Periódico		Reubicación	
Ingreso Laboral	✓	Manipulación alimentos		Espacios Confinados			
otros							

EXAMENES REALIZADOS

Examen Físico	✓	Visiometría	✓	Glicemia	✓
Perfil lipídico		Énfasis músculo esquelético	✓	Audiometría	
Espirometría		Frotis faríngeo		KOH uñas	

CONCEPTO MEDICO

Apto para el cargo	✓	Apto con recomendaciones	
Apto con restricciones laborales		Aplazado	
Apto con patologías que no generan restricción		No apto	

RESTRICCCIONES LABORALES Y /O RECOMENDACIONES

Apto ingreso laboral y trabajo en alturas

El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y las recomendaciones respectivas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social establece que el empleador solo pude conocer el concepto médico del examen .La historia clínica y exámenes paraclínicos deben ser puestos en custodia en IPS, médico especialista o enviados a EPS a que pertenezca el trabajador quien igualmente tiene derecho a tener copia del su historial . Se entregan para el trabajador examen físico y paraclínicos y se informa sobre los resultados de su evaluación médica.

Firma del trabajador

Gustavo Espinel Garzón
Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad Manuela Beltrán
Licencia en Salud Ocupacional
7989 - 0809 de la
Secretaría de Salud de Bogotá
Firma y sello del profesional médico

Atención Telefónica y de Pacientes únicamente de Lunes a Sábado de 6:00 a. m. a 12:00 m
Confirmación de exámenes al correo electrónico

Médico Cirujano Universidad Nacional - Especialista en Salud Ocupacional Res. No.7989 DE 31/08/09
Licencia 79 89-0809 de la Secretaría de Salud de Bogotá
Salud Ocupacional - Odontología
Laboratorio Clínico

Nº 7718

4 550 1343

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD FISICA PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa _____ Fecha: 14 AGO. 2019

Nombre Cesar Salvia Gordillo Documento: 1019 066 733

Cargo Director proy EPS Sanitas ARL _____ Edad 27

formación Académica Profesional Cursos 2 Accidente de trabajo No Hemoclasificación O+

Antecedentes Médicos: Hipertensión No Diabetes No Vértigo No

Fobias No Dislipidemia No T. Auditivos No Fumador No Tóxicos No

Antecedentes Quirúrgicos No Medicamentos No

Antecedentes Ginecobtetricos G__ P__ A__ C__ Planificación F_____ FUR N. A.

Examén Físico Peso 69 Kg. Talla 174 mts T/A 100/60 F.C. 48 O2%93 IMC____

Visual: Conjuntivitis no Pterigio no Catarata no Color normal

OD CERCA	normal	OI CERCA	normal
OD LEJOS	normal	OI LEJOS	normal

Audición: Exposición a Ruido Si Nivel Conversacion normal Otoscopia normal

Cardiovascular: Ritmo normal Soplos normal Otros no

Respiratorio: Nariz normal Auscultación Pulmonar no

Neurológico: Reflejos normal Coordinación normal Equilibrio normal

Osteoarticular: Columna normal Wells Elasticidad Isquiotibiales normal

Arcos de movilidad: Hombros normal Codos — Muñecas — Manos normal

Caderas normal Rodillas — Tobillos — Pies normal

Pared Abdominal: Hernias. Umbilical x Inguinal x H. Epigástrica x varicocele ____

Piel y Faneras: Cicatrices No Tatuajes NO Dermatitis No

Circulación: Periférica Varices NO Edemas No

Riesgo cardiovascular: Obesidad x Hipertensión x Dislipidemia x Tabaquismo x

Diabetes x Sedentarismo x Herencia x / Grado leve

Recomendaciones: Ninguna. Sano

Concepto de Aptitud: Apto para trabajo en alturas APTO

Afirmo que la información suministrada para este examen ocupacional es cierta y no he omitido datos sobre mi salud

Firma Trabajador

Firma el médico

Gustavo Espinel Garzón
Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad Manuela Beltrán
Licencia en Salud Ocupacional
Secretaría de Salud de Bogotá

Atención Telefónica y de pacientes únicamente de Lunes a Sábado de 6a.m. a 12 m.

Confirmación de Exámenes al Correo Electrónico

*Trasnsversal 94 No. 80A - 75 Piso 2 * Cel.: 310 799 85 98 - 472 8216*
E-mail: gespinelmedicinalaboral@hotmail.com - Bogotá D. C.

Medellín, 16 de Agosto de 2019

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 ANCER CONSTRUCTOR SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - VOTO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1019066733	GUTIERREZ ALMARIO CESAR STIVEEN	16/08/2019		15825319	DEPENDIENTE

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:C10190667331922830417

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 16/08/2019 08:26:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.30.147, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901206646	1	ANCER CONSTRURTOR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VILLAMARIA 2DO SECTOR	Calle 136a # 111a - 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7573874	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-07	2019-08	480020020	8495599161	E	2019/08/13	2019/08/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$335,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: VILLAMARIA 2DO SECTOR (7 Afiliados)																						$1,076,552	$172,700			$1,076,552	$43,700			$1,076,552	$43,700			$1,076,552	$75,400		$0	$0		$335,500
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (7 Afiliados)																						$1,076,552	$172,700			$1,076,552	$43,700			$1,076,552	$43,700			$1,076,552	$75,400		$0	$0		$335,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (7 Afiliados)																						$1,076,552	$172,700			$1,076,552	$43,700			$1,076,552	$43,700			$1,076,552	$75,400		$0	$0		$335,500
1	CC	1030670406	GARCIA ANDRES	X																	230301	1	$27,604	$4,500	EPS017	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0	SI	$8,900
2	CC	1019066733	GUTIERREZ CESAR																		230201	30	$828,116	$132,500	EPS002	30	$828,116	$33,200	CCF24	30	$828,116	$33,200	14-11	30	$828,116	$57,700	30	$0	$0	SI	$256,600
3	CC	1072658043	MAHECHA DYLAN	X																	230201	1	$27,604	$4,500	EPS017	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0	SI	$8,900
4	CC	7723231	MONTEALEGRE JAIR	X																	230301	1	$27,604	$4,500	EPS002	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0	SI	$8,900
5	CC	1026580529	RATIVA EDISON	X																	25-14	4	$110,416	$17,700	EPS005	4	$110,416	$4,500	CCF24	4	$110,416	$4,500	14-11	4	$110,416	$7,700	4	$0	$0	SI	$34,400
6	CC	1061428955	REINOSA JUAN	X																	230201	1	$27,604	$4,500	EPS017	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0	SI	$8,900
7	CC	1075213473	TRUJILLO OSCAR	X																	231001	1	$27,604	$4,500	EPS002	1	$27,604	$1,200	CCF24	1	$27,604	$1,200	14-11	1	$27,604	$2,000	1	$0	$0	SI	$8,900
Total		**Afiliados(7)**																					$1,076,552	$172,700			$1,076,552	$43,700			$1,076,552	$43,700			$1,076,552	$75,400		$0	$0		$335,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901206646	1	ANCER CONSTRURTOR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VILLAMARIA 2DO SECTOR	Calle 136a # 111a - 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7573874	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-07	2019-08	480020020	8495599161	E	2019/08/13	2019/08/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$335,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				7	$172,700	$0	$0	$172,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$4,500	$0	$0	$4,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$17,700	$0	$0	$17,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$9,000	$0	$0	$9,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$141,500	$0	$0	$141,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$75,400	$0	$0	$75,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$75,400	$0	$0	$75,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$43,700	$0	$0	$43,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	7	$43,700	$0	$0	$43,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$43,700	$0	$0	$43,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$3,600	$0	$0	$3,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$35,600	$0	$0	$35,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$4,500	$0	$0	$4,500
TOTAL				7	$335,500	$0	$0	$335,500

2019/08/15 07:10 AM

483
1345

484
1346

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.419.423

FAJARDO BERNAL
APELLIDOS

JONATHAN NICOLAS
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-1988

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-SEP-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00129642-M-1032419423-20081119 0006360168A 2 1480026093

Labor Vital
Su salud en buenas manos

1347
485

Certificado de Aptitud Laboral
Periodico Con Enfasis Osteomuscular- Periodico Para Trabajo En Alturas



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1032419423 **Sexo:** Masculino ♂
Apellido: Fajardo Bernal **Nombre:** Jonathan Nicolas **Edad:** 30 años
Empresa: Hidroalfa Sas **Nacim:** 02/Sep/1988
Cargo: Residente De Obra **Rh:** O+
Direccion: Cra 54b No 174a 16
Telefono: 6777975 **Celular:** 3118119492 **Email:**
Peso: 60 Kg **Estatura:** 180 Cm **IMC:** 18.5
EPS: Sura **ARL:** **AFP:** Colpensiones
Escolaridad: Universitario **Estado Civil:** Soltero (a) **Jornada Laboral:**
Ciudad: Bogota
Fecha: 09/Ago/2019, **Hora:** 07:52:11 a.m. **Recepcion:** # 33135

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica ☑ Audiometria Tamiz ☐ Coprologico ☐ Espirometria ☑ Glicemia ☑ Optometria
☐ Perfil Lipidico ☑ Vestibular ☐ Visiometria

Otros: Colesterol Total, Trigliceridos, Osteomuscular

Recomendaciones

Otros: M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control Anual, Uso De Epa, Reposo Auditivo Extra Laboral
Audiometria Clinica	
Optometria	uso correccion optica- uso epp- oftalmologia- pausas activas
Visiometria	
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservados
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normal, Orientado En Las 3 Esferas
Cardiovascular	
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales
Altura	

Recomendaciones Personalizadas: Uso De Lentes

Concepto

Otros: Apto Para Trabajo En Alturas, Puede Continuar Con Su Labor

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 7629 • R.M. 70123523

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629/16

Jonathan Nicolas Fajardo Bernal
CC 1032419423

Huella Digital

505
1348

Señor(es): HIDROALFA S.A.S
Nit: NI 800230346
Dirección: CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86
Teléfono: 7006307 **Fax:** 6150519
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

MiPlanilla.com

Nombre	HIDROALFA S.A.S
Tipo y número de identificación	800230346
Número de radicación planilla	8336253392
Fecha de pago	7/22/2019
Número de autorización de pago	1000000283
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Julio 2019
Periodo cotización pensión	Junio 2019
Periodo cotización caja	Junio 2019
Número de administradoras	4
Total Pagado	$344.400
Total interes mora	$3.000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A	$7.400	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$224.600	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$56.200	1
EPS010	EPS Sura	$56.200	1

PAGADO 1000000283

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

JMHSEQ

J&M HSEQ SAS
NIT: 900862154-9

J&M Seguridad y Medio Ambiente SAS Autorización N° 08SE2019220000000008166 por el Ministerio de Trabajo para impartir cursos de trabajo seguro en alturas
11 de marzo de 2019

CERTIFICA QUE:

HSEQ S.A.S

JONATHAN NICOLAS FAJARDO BERNAL
IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANIA 1.032.419.423
Participo y Aprobó el curso de:

NTC 6072
CS – CER650027

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL:
NIVEL AVANZADO
Con una intensidad de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogota a los (15) dias del mes de agosto de 2019 Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolucion 1409 de 2012 y Resolucion 1178 de 2017

JAIDER MAHECHA GUTIERREZ
CC: 80.874.332
Representante Legal

ENTRENADOR
SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE S.A.S.
JMHSEQ
JAIDER MAHECHA GUTIERREZ
L.O: N° 12164 de 19/10/2017

Calle 67 # 19-53 – Bogotá -Teléfono: 7896666 - 3212016638
Consultar Validez: jmhseq.sas@gmail.com
La validez de este certificado puede ser consultado en la página web: www.jmhseq.com link certificados

20197680768

15/08/2019

1349

487

1300

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS Y REGISTRO DE INDUCCIÓN

CONSORCIO PRUNI SEDES 04
PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.

CONSOLIDADO PERSONAL EN EL PERIODO AGOSTO 2019 - PROCOTOLO SG SST

EMPRESA	CENTRO DE TRABAJO	TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	NOT. INDUCCION	EV. DE INDUCCION	ASIST. INDUCCION	NOT. DE RIESGO	NOT. EXAMEN DE RETIRO	ENTREGA Y/O INSP. EPP
HIDROALFA SAS	LIEVANO	ALVARO PALECHOR ITAZ	4.698.485	AYUDANTE	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019
HIDROALFA SAS	LIEVANO	LUIS ALBERTO ASCENCIO VERGARA	1.100.395.224	AYUDANTE	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	IMPRENTA	JAVIER ALEXANDER ORTIZ MORENO	79.971.621	AYUDANTE.	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	IMPRENTA	JOSE GIOVANI MATIZ TORRES	1.007.614.754	AYUDANTE	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019
HIDROALFA SAS	LIEVANO	JAIRO ANDRES ASCENCIO VERGARA	92.098.927	AYUDANTE	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	TRANSVERSAL	DIEGO ALEJANDRO HILLON VILLAMIL	1.053.584.773	COORDINADOR OLMO	29/07/2019	29/07/2019	29/07/2019	29/07/2019	29/07/2019	29/07/2019
HIDROALFA SAS	LIEVANO	PEDRO JULIO FAJARDO ANZOLA	79.246.381	AYUDANTE	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	IMPRENTA	ODIMAR ROBLES MENDEZ	1.052.972.888	AYUDANTE	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	IMPRENTA	RAUL ANTONIO VILLALBA GOMEZ	1.143.118.844	AYUDANTE	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	IMPRENTA	MAURICIO ENRIQUE UPARELA SIMANCA	1.002.497.728	AYUDANTE	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	IMPRENTA	YEISON DIAZ JULIO	1.050.955.439	AYUDANTE	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019	12/08/2019

CONSORCIO PRUNI SEDES 04
PRISMA
UNIVERSAL SEC S.A.S.

CONSOLIDADO PERSONAL EN EL PERIODO AGOSTO 2019 - PROCOTOLO SG SST

EMPRESA	CENTRO DE TRABAJO	TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	NOT. INDUCCION	EV. DE INDUCCION	ASIST. INDUCCION	NOT. DE RIESGO	NOT. EXAMEN DE RETIRO	ENTREGA Y/O INSP. EPP
HIDROALFA SAS	LIEVANO	JONATHAN NICOLAS FAJARDO BERNAL	1.032.419.423	RESIDENTE HIDROALFA	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019
HIDROALFA SAS	LIEVANO	LUIS GABRIEL ALFONSO TORRES	79.913.617	AYUDANTE	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019	2/08/2019
ANSER CONSTRUCCIONES	LIEVANO	HAROL FIGUEROA SARMIENTO	1.046.275.114	AYUDANTE	28/08/2019	28/08/2019	28/08/2019	28/08/2019	28/08/2019	28/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	IMPRENTA	JOSE ISIDRO ALARCON PEÑA	79.046.323	MAESTRO	26/08/2019	26/08/2019	26/08/2019	26/08/2019	26/08/2019	26/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	IMPRENTA	JAVIER RODRIGUEZ RINCON	79.492.996	AYUDANTE	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	IMPRENTA	CAMILO ANDRES PALACIOS AVILA	1.023.933.472	AYUDANTE	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	IMPRENTA	MARIA CAMILA HILLON VILLAMIL	1.053.585.802	AUXILIAR	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019	23/08/2019
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	IMPRENTA	SEBASTIAN ANDRES HERNANDEZ VARGAS	1.077.086.615	AYUDANTE	15/08/2019	15/08/2019	15/08/2019	15/08/2019	15/08/2019	15/08/2019
SERVISEGUIND SAS	IMPRENTA	CRISTIAN DAVID SANCHEZ	1.053.844.276	AYUDANTE	28/08/2919	28/08/2919	28/08/2919	28/08/2919	28/08/2919	28/08/2919

450
1352

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	1353 491

OBJETIVO: **Notificar los riesgos** a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la ejecución de sus actividades en el contrato: "SECRETARIA GENERAL 731 DE 2019: "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." **Notificar derecho a examen de retiro** que el firmante tiene derecho en caso de ser empleado, se los puede practicar 5 días hábiles después de finalizado su contrato laboral.

Factores de Riesgo Existentes (Tachar a los que se encuentra expuesto)

SI	**Físicos**: Ruido, radiaciones no ionizantes, iluminación por exceso o deficiencia.	SI	**Mecánico:** elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, materiales proyectados solidos o fluidos. (Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto).
SI	**Químicos:** humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctrico:** baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control, contacto indirecto con partes energizadas
SI	**Biológicos:** animales (mordedura de perros), insectos (picaduras de abejas), bacterias, intoxicación alimentaria (ingesta de agua no potable y alimentos en mal estado) enfermedades endémicas	SI	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, resbalosas, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI	**Psicolaboral:** contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, jornada de trabajo, características del grupo social de trabajo o la organización.	SI	**Públicos:** robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos (vandalismo en la zona del proyecto), atentados, orden público.
SI	**Fenómenos Naturales:** inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos), precipitaciones (lluvias, granizadas)	SI	**Seguridad vial:** accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción, (desplazamiento en vehículos y/o desplazamiento a pie sobre la vía).
SI	**Biomecánico:** carga estática (postura de pie o sentado); Higiene Postural, levantamientos de cargas (levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro).		**Otros:**

ACCIONES PREVENTIVAS :

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis específicos al cargo
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje.
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de las áreas de trabajo y/o zonas del proyecto.
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra y la vía
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. Uso de los EPP acorde a la actividad que se va a ejecutar.
15. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
16. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas.

Nombre:	Alvaro Palechor Ipaz	**Cedula:**	4698485	**Fecha:**	02-08-19
Cargo:	Ayudante	**Firma:**		**Sede:**	
Responsable de la Notificación:	Sara Serrano	**Cargo:**	Especialista SST		
Cedula:	24049493	**Lic. SO:**	119290	**Firma:**	

UNIVERSAL SEC S.A.S.

PRISMA
GRUPO CONSTRUCTOR

~~452~~
1284

YO Alvaro Palechor Itaz

HAGO CONSTAR QUE HE RECIBIDO CONCORCIO COC Y ENTENDIDO EL CURSO DE INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTAL, SOCIAL, Y ADMINISTRATIVO, DICTADO POR EL CONCORCIO COC.

HAGO CONSTAR QUE HE CONOCIDO Y ENTENDIDO EL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, AL IGUAL QUE LOS RIESGOS Y MEDIDAS DE CONTROL QUE DEBO APLICAR EN EL PROCESO Y ACTIVIDAD EN LA CUAL PARTICIPO DESDE MI ROL EN EL CONTRATO.

HAGO CONSTAR QUE HE CONOCIDO LA POLITICA DE ALCOHOL Y DROGAS QUE TIENE LA EMPRESA, POR LO TANTO TENGO PLENO CONOCIMIENTO Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÒN DE LA PRUEBAS DE ALCOHOLEMIA QUE EL EMPLEADOR CONSIDERE NECESARIAS DURANTE EL TIEMPO QUE SE PROLONGUE LA RELACIÓN LABORAL.

ADEMÁS ME OBLIGO A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS, VELAR POR LA CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL TALES COMO: CASCO, GUANTES, GAFAS, UNIFORME Y LOS QUE SEA NECESARIOS (CINTURÓN DE SEGURIDAD, MASCARILLA, PROTECTOR AUDITIVO Y OTRAS QUE SE ESTABLEZCAN POR EL AREA SST EN EL DESEMPEÑO DE MI TRABAJO Y/O DURANTE LA PERMANENCIA EN LA EMPRESA.

SOY CONSCIENTE DE LAS SANCIONES QUE ORIGINA EL INCUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS, DE ACUERDO A LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE, EN ESPECIAL CON LA DEL DECRETO 1295 DE 1994, EN SU ARTÍCULO 91 LITERAL B,_ EN LA QUE SE FACULTA AL EMPLEADOR, PARA LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DEL VÍNCULO O RELACIÓN LABORAL POR JUSTA CAUSA Y/O LAS NORMAS APLICABLES DE ACUERDO AL ROL DESEMPEÑADO EN EL CONTRATO.

FIRMA _____ FECHA 02-08-19

CÉDULA 4698485 CARGO Ayudante

493
7355

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA GRUPO CONSTRUCTOR UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C."
	CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

EVALUACION DE INDUCCION

1. A quien debo reportar la ocurrencia de un accidente de trabajo:

   S.S.T

2. Que trabajos requieren permiso de trabajo:

   Trabajos en altura

3. Cuál de los siguientes enunciados corresponden a políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo y Ambiente del Consorcio PRUNI SEDES 04:

   - X Seguridad y salud en el Trabajo
   - X Prevención de alcoholismo, drogadicción y tabaquismo
   - X Acoso laboral

4. Cuál es el punto de encuentro del centro de trabajo Plaza de Bolivar

5. Cuáles son los 3 principales riesgos asociados a su trabajo:

   Riesgo electrico, riesgos en alturas, inundaciones

Nombre: Alvaro Palechor Itaz
C.C. 4698485
Ciudad: Bogota

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA grupo constructor UNIVERSAL SEC S.A.S.	"REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C."
	CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

494
1356

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo Alvaro Palechor Itaz identificado con c.c. 4698485 expedida en Guachicono La Vega Cauca

CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 02 días del mes de 08 del año 2019

Saludos Cordiales,

Alvaro Palechor Itaz

Nombre:
C.C. 4698485
Ciudad: Bogota

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	**REGISTRO DE INDUCCION**	Código: 495 1357 Versión: Fecha: Página 1 de 1

FECHA	02-08-19	**TIPO DE CAPACITACION**			
		INTERNA	✓	**EXTERNA**	
INTENSIDAD HORARIA			**HORARIO**		

TEMA DE LA CAPACITACIÓN: INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTAL, SOCIAL, Y ADMINISTRATIVO, POLITICAS SST, EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, PLAN DE EMERGENCIA

EVALUAR EFICACIA: Si X N.A___

MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (Marque con una X)

1. Evaluación del desempeño X 2. Indicadores___ 3. Test de conocimiento __ Otro:____

CERTIFICADO _____ ACTUALIZACIÓN HOJA DE VIDA _____

No	NOMBRE DEL ASISTENENTE	FIRMA	CARGO	DEPARTAMENTO
	Alvaro Palechor I.		Ayudante	Cundinamarca

	NOMBRE, FIRMA, CARGO
AREA HSEQ	
INSTRUCTOR	

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO: | VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 — PRISMA — UNIVERSAL INGENIERIA

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal. al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Palechor I.	Alvaro	Ayudante

FECHA DE ENTREGA	REPOICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ									CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACPM	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
			X	X	X		X																	

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, [illegible]ios, bonificaciones y/o indemnizaciones, la totalidad del saldo a mi cargo, [illegible]ara la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

1358

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 / PRISMA / UNIVERSAL SEC S.A.S.	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	457 / 1389

OBJETIVO: **Notificar los riesgos** a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la ejecución de sus actividades en el contrato: "SECRETARIA GENERAL 731 DE 2019: "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." **Notificar derecho a examen de retiro** que el firmante tiene derecho en caso de ser empleado, se los puede practicar 5 días hábiles después de finalizado su contrato laboral.

Factores de Riesgo Existentes (Tachar a los que se encuentra expuesto)

SI X	**Físicos**: Ruido, radiaciones no ionizantes, iluminación por exceso o deficiencia.	SI X	**Mecánico:** elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, materiales proyectados solidos o fluidos. (Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto).
SI X	**Químicos:** humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI X	**Eléctrico:** baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control, contacto indirecto con partes energizadas
SI	**Biológicos:** animales (mordedura de perros), insectos (picaduras de abejas), bacterias, intoxicación alimentaria (ingesta de agua no potable y alimentos en mal estado) enfermedades endémicas	SI X	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, resbalosas, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI	**Psicolaboral:** contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, jornada de trabajo, características del grupo social de trabajo o la organización.	SI	**Públicos:** robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos (vandalismo en la zona del proyecto), atentados, orden público.
SI 4	**Fenómenos Naturales:** inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos), precipitaciones (lluvias, granizadas)	SI	**Seguridad vial:** accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción, (desplazamiento en vehículos y/o desplazamiento a pie sobre la vía).
SI X	**Biomecánico:** carga estática (postura de pie o sentado); Higiene Postural, levantamientos de cargas (levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro).		**Otros:**

ACCIONES PREVENTIVAS :

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis específicos al cargo
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje.
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de las áreas de trabajo y/o zonas del proyecto.
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra y la vía
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. Uso de los EPP acorde a la actividad que se va a ejecutar.
15. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
16. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas.

Nombre: Luis Ascencio		**Cedula:** 1100395224	**Fecha:** 02/08/19
Cargo: Alumno	**Firma:** Luis Ascencio		**Sede:**
Responsable de la Notificación: Sara Serrano		**Cargo**: Especialista SST	
Cedula: 24049493	**Lic. SO:** 11290	**Firma:**	

UNIVERSAL SEC S.A.S.

PRISMA
GRUPO CONSTRUCTOR

YO Luis Alberto Ascencio

HAGO CONSTAR QUE HE RECIBIDO CONCORCIO COC Y ENTENDIDO EL CURSO DE INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTAL, SOCIAL, Y ADMINISTRATIVO, DICTADO POR EL CONCORCIO COC.

HAGO CONSTAR QUE HE CONOCIDO Y ENTENDIDO EL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, AL IGUAL QUE LOS RIESGOS Y MEDIDAS DE CONTROL QUE DEBO APLICAR EN EL PROCESO Y ACTIVIDAD EN LA CUAL PARTICIPO DESDE MI ROL EN EL CONTRATO.

HAGO CONSTAR QUE HE CONOCIDO LA POLITICA DE ALCOHOL Y DROGAS QUE TIENE LA EMPRESA, POR LO TANTO TENGO PLENO CONOCIMIENTO Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÒN DE LA PRUEBAS DE ALCOHOLEMIA QUE EL EMPLEADOR CONSIDERE NECESARIAS DURANTE EL TIEMPO QUE SE PROLONGUE LA RELACIÓN LABORAL.

ADEMÁS ME OBLIGO A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS, VELAR POR LA CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL TALES COMO: CASCO, GUANTES, GAFAS, UNIFORME Y LOS QUE SEA NECESARIOS (CINTURÓN DE SEGURIDAD, MASCARILLA, PROTECTOR AUDITIVO Y OTRAS QUE SE ESTABLEZCAN POR EL AREA SST EN EL DESEMPEÑO DE MI TRABAJO Y/O DURANTE LA PERMANENCIA EN LA EMPRESA.

SOY CONSCIENTE DE LAS SANCIONES QUE ORIGINA EL INCUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS, DE ACUERDO A LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE, EN ESPECIAL CON LA DEL DECRETO 1295 DE 1994, EN SU ARTÍCULO 91 LITERAL B,_ EN LA QUE SE FACULTA AL EMPLEADOR, PARA LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DEL VÍNCULO O RELACIÓN LABORAL POR JUSTA CAUSA Y/O LAS NORMAS APLICABLES DE ACUERDO AL ROL DESEMPEÑADO EN EL CONTRATO.

FIRMA Luis Ascencio FECHA 02/08/19

CÉDULA 1.100.395.224 CARGO Plomero

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA grupo constructor UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

EVALUACION DE INDUCCION

1. A quien debo reportar la ocurrencia de un accidente de trabajo:

   Al Jefe inmediato O al SST

2. Que trabajos requieren permiso de trabajo:

   Trabajo en altura, Trabajo en Caliente

3. Cuál de los siguientes enunciados corresponden a políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo y Ambiente del Consorcio PRUNI SEDES 04:

   - X Seguridad y salud en el Trabajo
   - Prevención de alcoholismo, drogadicción y tabaquismo
   - Acoso laboral

4. Cuál es el punto de encuentro del centro de trabajo Plaza de Bolivar

5. Cuáles son los 3 principales riesgos asociados a su trabajo:

   Riesgo Físico
   Riesgo Biomecanico
   Riesgo Quimico

Nombre: Luis Asencio
C.C. 1.100.393.224
Ciudad: Bogota

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA GRUPO CONSTRUCTOR UNIVERSAL SEC S.A.S.	"REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C."
	CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

~~350~~ 1362

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo Luis Alberto Asencio identificado con c.c. 1.100.395.224 expedida en Sincé (Sucre)

CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 02 días del mes de Agosto del año 2019

Saludos Cordiales,

Luis Alberto Asencio

Nombre:

C.C. 1.100.395.224

Ciudad: Bogotá

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	**REGISTRO DE INDUCCION**	Código:
		Versión:
		Fecha:
		Página 1 de 1

5 1
1363

FECHA	02/08/2019	**TIPO DE CAPACITACION**			
		INTERNA	✓	**EXTERNA**	
INTENSIDAD HORARIA			**HORARIO**		

TEMA DE LA CAPACITACIÓN: INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTAL, SOCIAL, Y ADMINISTRATIVO, POLITICAS SST, EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, PLAN DE EMERGENCIA

EVALUAR EFICACIA: Si X N.A___

MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (Marque con una X)

1. Evaluación del desempeño X 2. Indicadores___ 3. Test de conocimiento __ Otro:____

CERTIFICADO _____ ACTUALIZACIÓN HOJA DE VIDA _____

No	NOMBRE DEL ASISTENENTE	FIRMA	CARGO	DEPARTAMENTO
	Luis Ascencio	Luis Ascencio	Plomero	

	NOMBRE, FIRMA, CARGO
AREA HSEQ	
INSTRUCTOR	

1364
5 2

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO: | VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 — PRISMA — UNIVERSAL ECS S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Ascencio Vergara	Luis Alberto	Oficial Plomeria

FECHA DE ENTREGA	REPOICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACPM	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
			X	X	X		X			X					X									Luis Ascencio

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, auto[illegible]ue sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemniza[illegible], la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por per[illegible] daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

1365

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSALSEC S.A.S.	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	

OBJETIVO: **Notificar los riesgos** a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la ejecución de sus actividades en el contrato: "SECRETARIA GENERAL 731 DE 2019: "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." **Notificar derecho a examen de retiro** que el firmante tiene derecho en caso de ser empleado, se los puede practicar 5 días hábiles después de finalizado su contrato laboral.

Factores de Riesgo Existentes (Tachar a los que se encuentra expuesto)

X	SI	**Físicos:** Ruido, radiaciones no ionizantes, iluminación por exceso o deficiencia.	SI X	**Mecánico:** elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, materiales proyectados solidos o fluidos. (Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto).
X	SI	**Químicos:** humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI X	**Eléctrico:** baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control, contacto indirecto con partes energizadas
X	SI	**Biológicos:** animales (mordedura de perros), insectos (picaduras de abejas), bacterias, intoxicación alimentaria (ingesta de agua no potable y alimentos en mal estado) enfermedades endémicas	SI X	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, resbalosas, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
X	SI	**Psicolaboral:** contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, jornada de trabajo, características del grupo social de trabajo o la organización.	SI X	**Públicos:** robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos (vandalismo en la zona del proyecto), atentados, orden público.
X	SI	**Fenómenos Naturales:** inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos), precipitaciones (lluvias, granizadas)	SI X	**Seguridad vial:** accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción, (desplazamiento en vehículos y/o desplazamiento a pie sobre la vía).
X	SI	**Biomecánico:** carga estática (postura de pie o sentado); Higiene Postural, levantamientos de cargas (levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro).		**Otros:**

ACCIONES PREVENTIVAS :

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis específicos al cargo
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje.
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de las áreas de trabajo y/o zonas del proyecto.
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra y la vía
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. Uso de los EPP acorde a la actividad que se va a ejecutar.
15. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
16. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas.

Nombre: Jose Alexander ortiz M	**Cedula:** 79971621	**Fecha:** 02-08-2019	
Cargo: Oficial	**Firma:** Jose Alexander ortiz	**Sede:** Imprenta	
Responsable de la Notificación:		**Cargo:** Especialista SST	
Cedula: 79971621	**Lic. SO:** Res. 1390 del 2014	**Firma:**	

CONSORCIO
PRUNI SEDES 04
PRISMA
UNIVERSAL SEC S.A.S.

YO Jose Alexander ortiz Moreno

HAGO CONSTAR QUE HE RECIBIDO CONCORCIO PRUNI Y ENTENDIDO EL CURSO DE INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTAL, SOCIAL, Y ADMINISTRATIVO, DICTADO POR EL CONSORCIO PRUNI SEDES 04.

HAGO CONSTAR QUE HE CONOCIDO Y ENTENDIDO EL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, AL IGUAL QUE LOS RIESGOS Y MEDIDAS DE CONTROL QUE DEBO APLICAR EN EL PROCESO Y ACTIVIDAD EN LA CUAL PARTICIPO DESDE MI ROL EN EL CONTRATO, ASÍ COMO RUTAS DE EVACUACION, PUNTO DE ENCUENTRO Y PROTOCOLO EN CASO DE EMERGENCIA.

HAGO CONSTAR QUE HE CONOCIDO LA POLITICA DE ALCOHOL Y DROGAS QUE TIENE LA EMPRESA, POR LO TANTO TENGO PLENO CONOCIMIENTO Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÒN DE LA PRUEBAS DE ALCOHOLEMIA QUE EL AREA SST CONSIDERE NECESARIAS DURANTE EL TIEMPO QUE SE PROLONGUE MI PERMANENECIA EN LA OBRA.

ADEMÁS ME OBLIGO A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS SST DE LA OBRA, VELAR POR LA CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL TALES COMO: CASCO, GUANTES, GAFAS, UNIFORME Y LOS QUE SEAN REQUERIDOS PARA LA ACTIVIDAD ESPECIFICA QUE SE VA A ADELANTAR.

SOY CONSCIENTE DE LAS SANCIONES QUE ORIGINA EL INCUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, EN ESPECIAL CON LA DEL DECRETO 1295 DE 1994, EN SU ARTÍCULO 91 LITERAL B,_ EN LA QUE SE FACULTA AL EMPLEADOR, PARA LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DEL VÍNCULO O RELACIÓN LABORAL POR JUSTA CAUSA Y/O LAS NORMAS APLICABLES DE ACUERDO AL ROL O ACTIVIDAD QUE DESARROLLE DENTRO DE LA OBRA.

FIRMA Jose Alexander ortiz M FECHA 02-08-2019

CÉDULA 79971621 CARGO Oficial

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

EVALUACION DE INDUCCION

1. A quien debo reportar la ocurrencia de un accidente de trabajo:

   Al SISO

2. Que trabajos requieren permiso de trabajo:

   Quimicos electricos confinados.

3. Cuál de los siguientes enunciados corresponden a políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo y Ambiente del Consorcio PRUNI SEDES 04:

   X- Seguridad y salud en el Trabajo
   X- Prevención de alcoholismo, drogadicción y tabaquismo
   X- Acoso laboral

4. Cuál es el punto de encuentro del centro de trabajo Porteria.

5. Cuáles son los 3 principales riesgos asociados a su trabajo:

   Fisico
   Quimico
   Mecanico

Nombre: Jose Alexander ortiz
C.C. 79971621
Ciudad: Bogota

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	**REGISTRO DE INDUCCION**	Código:
		Versión:
		Fecha:
		Página 1 de 1

5 6
1368

FECHA	2-08/2019	**TIPO DE CAPACITACION**			
		INTERNA	X	**EXTERNA**	
INTENSIDAD HORARIA		1 hora	**HORARIO**	Mañana	

TEMA DE LA CAPACITACIÓN: INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTAL, SOCIAL, Y ADMINISTRATIVO, POLITICAS SST, EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, PLAN DE EMERGENCIA

EVALUAR EFICACIA: Si X N.A____

MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (Marque con una X)

1. Evaluación del desempeño _____ 2. Indicadores X 3. Test de conocimiento _____

Otro:

CERTIFICADO _____ ACTUALIZACIÓN HOJA DE VIDA _____

No	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Javier Hurtado	79657446	Oficial	Javier Hurtado
2	Euclides Rodriguez Galvan	13 853 521	Ayudante	
3	Jose Alexander ortiz	79971621	OFICIAL	Jose ortiz
4	JHON Jairo camargo	1121417829	AYUDANTE	JHON Jairo

	NOMBRE, FIRMA, CARGO
AREA HSEQ	William fonseca / Residente SST
INSTRUCTOR (Anexar CV para externos o ARL)	

5 7
1369

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C."
	CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo Jose Alexander Ortiz M identificado con c.c. 79971621 expedida en Bogota CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 02 días del mes de Agosto del año 2019

Saludos Cordiales,

Jose Alexander Ortiz M

Nombre:
C.C. 79971621
Ciudad: Bogota

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CONSORCIO PRUNI hace entrega formal y material de los elementos descritos para la protección personal adecuada

APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
Ortiz Moreno	Jose Alexander	Oficial

FECHA DE ENTREGA	REPORTE			CABEZA	CUERO CABELLUDO	OJOS	OIDOS	CARA	NARIZ		MANOS					PIES			CUERPO			ESPECIALES					FIRMA DEL EMPLEADO
				CASCO DE SEGURIDAD	CASCO DE SEGURIDAD CON PROTECCIÓN AUDITIVA	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECCIÓN AUDITIVA	CARETA DE SEGURIDAD	RESPIRADOR	MASCARILLA	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE LATEX	GUANTES DE NITRILO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE CUERO	BOTAS DE SEGURIDAD	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS DE CUERO	OVEROL	MEDIA CAÑA	DELANTAL	ARNES DE SEGURIDAD	CINTURON DE SEGURIDAD	ESLINGA DE SEGURIDAD	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	ESLINGA DE RESCATE	
2-8-19	X			X	X	X	X		X		X						X		X								Jose Alexander Ortiz
15-8-19		X							X																		Jose Alexander Ortiz
21-8-19		X				X			X																		Jose Alexander Ortiz
28-8-19		X							X		X																Jose Alexander Ortiz

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones, la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

1340

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 — PRISMA — UNIVERSALASEC S.A.S.	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	

OBJETIVO: Notificar los riesgos a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la ejecución de sus actividades en el contrato: "SECRETARIA GENERAL 731 DE 2019: "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." Notificar derecho a examen de retiro que el firmante tiene derecho en caso de ser empleado, se los puede practicar 5 días hábiles después de finalizado su contrato laboral.

Factores de Riesgo Existentes (Tachar a los que se encuentra expuesto)

SI X	**Físicos:** Ruido, radiaciones no ionizantes, iluminación por exceso o deficiencia.	SI X	**Mecánico:** elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, materiales proyectados solidos o fluidos. (Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto).
SI X	**Químicos:** humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI X	**Eléctrico:** baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control, contacto indirecto con partes energizadas
SI X	**Biológicos:** animales (mordedura de perros), insectos (picaduras de abejas), bacterias, intoxicación alimentaria (ingesta de agua no potable y alimentos en mal estado) enfermedades endémicas	SI X	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, resbalosas, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI X	**Psicolaboral:** contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, jornada de trabajo, características del grupo social de trabajo o la organización.	SI X	**Públicos:** robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos (vandalismo en la zona del proyecto), atentados, orden público.
SI X	**Fenómenos Naturales:** inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos), precipitaciones (lluvias, granizadas)	SI X	**Seguridad vial:** accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción, (desplazamiento en vehículos y/o desplazamiento a pie sobre la vía).
SI X	**Biomecánico:** carga estática (postura de pie o sentado); Higiene Postural, levantamientos de cargas (levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro).		**Otros:**

ACCIONES PREVENTIVAS :

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis específicos al cargo
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Esté atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje.
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de las áreas de trabajo y/o zonas del proyecto.
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra y la vía
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. Uso de los EPP acorde a la actividad que se va a ejecutar.
15. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
16. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas.

Nombre: Jose Gionany Matiz-	Cedula: 1007614754	Fecha: 17-08-2019	
Cargo: Oficial	Firma: Jose Matiz-	Sede: Imprenta.	
Responsable de la Notificación: William Forero V.	Cargo: Especialista SST		
Cedula: 74381366	Lic. SO: Res. 1390 del 2014	Firma:	

510
7372

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

PRISMA

UNIVERSAL SEC S.A.S.

YO JOSE Giovany MATIZ torres.

HAGO CONSTAR QUE HE RECIBIDO CONCORCIO PRUNI Y ENTENDIDO EL CURSO DE INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTAL, SOCIAL, Y ADMINISTRATIVO, DICTADO POR EL CONSORCIO PRUNI SEDES 04.

HAGO CONSTAR QUE HE CONOCIDO Y ENTENDIDO EL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, AL IGUAL QUE LOS RIESGOS Y MEDIDAS DE CONTROL QUE DEBO APLICAR EN EL PROCESO Y ACTIVIDAD EN LA CUAL PARTICIPO DESDE MI ROL EN EL CONTRATO, ASÍ COMO RUTAS DE EVACUACION, PUNTO DE ENCUENTRO Y PROTOCOLO EN CASO DE EMERGENCIA.

HAGO CONSTAR QUE HE CONOCIDO LA POLITICA DE ALCOHOL Y DROGAS QUE TIENE LA EMPRESA, POR LO TANTO TENGO PLENO CONOCIMIENTO Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÒN DE LA PRUEBAS DE ALCOHOLEMIA QUE EL AREA SST CONSIDERE NECESARIAS DURANTE EL TIEMPO QUE SE PROLONGUE MI PERMANENECIA EN LA OBRA.

ADEMÁS ME OBLIGO A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS SST DE LA OBRA, VELAR POR LA CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL TALES COMO: CASCO, GUANTES, GAFAS, UNIFORME Y LOS QUE SEAN REQUERIDOS PARA LA ACTIVIDAD ESPECIFICA QUE SE VA A ADELANTAR.

SOY CONSCIENTE DE LAS SANCIONES QUE ORIGINA EL INCUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, EN ESPECIAL CON LA DEL DECRETO 1295 DE 1994, EN SU ARTÍCULO 91 LITERAL B,_ EN LA QUE SE FACULTA AL EMPLEADOR, PARA LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DEL VÍNCULO O RELACIÓN LABORAL POR JUSTA CAUSA Y/O LAS NORMAS APLICABLES DE ACUERDO AL ROL O ACTIVIDAD QUE DESARROLLE DENTRO DE LA OBRA.

FIRMA JOSE MATIZ. FECHA 08-12-2019

CÉDULA 1007 614 754 CARGO Oficial

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA GRUPO CONSTRUCTOR UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

EVALUACION DE INDUCCION

1. A quien debo reportar la ocurrencia de un accidente de trabajo:

   Al Residente de seguridad.

2. Que trabajos requieren permiso de trabajo:

   Alturas, confinados, electrico

3. Cuál de los siguientes enunciados corresponden a políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo y Ambiente del Consorcio PRUNI SEDES 04:

   X - Seguridad y salud en el Trabajo
   X - Prevención de alcoholismo, drogadicción y tabaquismo
   X - Acoso laboral

4. Cuál es el punto de encuentro del centro de trabajo cancha de futbol

5. Cuáles son los 3 principales riesgos asociados a su trabajo:

   Ruido.
   quimicos.
   elementos o partes de maquinas.

Nombre: Jose Giovany Matiz.
C.C. 1007614754
Ciudad: Bogotá D