Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

N° 21061706

21061706

44010501 | Ciudad: BOGOTA MANGA | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2019 01 22

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias: X

Traslado de AFP
Pensiones Obligatorias | (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
Marque con X si al solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o caja durante más de 6 años y desea vincularse a Porvenir
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: CC TI CE PAS RC CD — 1
N° de Documento de Identidad: 1000776181
Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 2019 05 12
Lugar de Expedición
Género: M X F
Es Pensionado (Jubilado): SI NO X

Primer Apellido: JAIMES
Segundo Apellido: CANDIN6t
Primer Nombre: ANDRES
Otros Nombres: CAMILO

Fecha de Nacimiento: 2001 09 18
Lugar de Nacimiento: BOGOTA
Nacionalidad: Colombiana X Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: CARRERA 190 70 36
Barrio: CENTRO
Ciudad/Municipio: BOGOTA
Departamento: BOGOTA D.C
N° de Teléfono Fijo: 7781793
N° de Teléfono Celular
Dirección de Correo Electrónico (e-mail)
Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos: Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI NO X

Dirección Laboral | Ciudad | Departamento | N° de Teléfono

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento: NIT X CC CE PAS TI
N° de Documento de Identidad: 900266672
Nombre y/o Razón Social: IMPERSOLUCIONES LTDA
Ciudad: FLORIDABLANCA
Dirección Empleador
Departamento: SANTANDER
Teléfono(s)
Ocupación o Cargo Actual: AYUDANTE
Salario o Ingreso Mensual: $ 828.116
Salario Integral: y/o $
Envío de Notificación: Sucursal Principal X Sucursal Ciudad
Tipo de Trabajador: Independiente Contratista | Dependiente X | Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes"

6. Clientes Considerados PEP´S

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO X ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO X Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad

7. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y cotice 150 semanas. Tengo Derecho al Bono Pensional: SI NO X

8. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de trasladar el régimen de ahorro individual por medio de la vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. principalmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Así mismo he informado mi derecho que me asiste de retractarme de mi decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.

- Anexo la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.
- Si usted es independiente adjunta la documentación correspondiente

9. Voluntad de Selección y afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de BAS se ha efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PORVENIR para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos

Andrés Camilo James

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor
No. de Identificación del Promotor
Firma del Promotor

Firma autorizada del Representante Legal

FEB-19 F-01-AF-CR-01 V 2.0

Porvenir / Pensiones Obligatorias

N° 21061706

Scanned by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 21 de Julio 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 IMPERSOLUCIONES LTDA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000003 - RIESGO 5 TRABAJO CUBIERTAS, 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
C1000774341	GARCES YEPES JUAN MANUEL	22/07/2019		218139F9	DEPENDIENTE
C1000776181	JAIMES LANDINEZ ANDRES CAMILO	22/07/2019		19315623	DEPENDIENTE
C1000783247	OCAMPO MORENO KEVIN STEVEN	22/07/2019		22637D23	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:C378393181920264227

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 21/07/2019 17:50:27 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.78.49, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Preventsalud IPS SAS

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Control: 0

Bogotà, Julio 22 de 2019 Hora: 7,42

DATOS GENERALES

No Identificación: 1000783247 **Paciente:** OCAMPO MORENO KEVIN STEVEN

Fecha Nacimiento: Junio 22 de 1998 **Lugar:** BOGTOTA **Edad:** 21

Estado Civil: SOLTERO (A) **No Hijos:** 0 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: SECUNDARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

Empresa: IMPERSOLUCIONES LTDA

EPS: NO AFILIADO **Empresa Misión:** NO APLICA

ARL: NO RECUERDA **Act.Económica:**

Cargo a Ocupar: AYUDANTE **AFP:** NO RECUERDA

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometria: NORMAL

Visiometria: NORMAL

Psicometrico: NO APLICA

Espirometria: NO SE REALIZA

Optometria: NO SE REALIZA

Otros: NO SE REALIZA

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019		
CARLOS SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: OCAMPO MORENO KEVIN STEVEN
LICENCIA S.O: RESOLUCION 753		CEDULA: 1000783247

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

26

capitalsalud EPS-S
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación | **Fecha de Radicación**

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).*

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] 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

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
OCAMPO	MORENO	KEVIN	STEVEN

7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1000783267
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 21/06/1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia [ ]
12. Discapacidad: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]
13. Puntaje SISBÉN [ ]
14. Grupo de población especial [ ]
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
16. Administradora de Pensiones: PORVENIR
17. Ingresos base de cotización - IBC: 828116
18. Residencia — Dirección: CR 19 D # 70H - 36
Teléfono: [ ] Teléfono celular: 3142837977 Correo electrónico: [ ]
Municipio/Distrito: BOGOTA Zona: Urbana [X] Rural [ ] Localidad/Comuna: [ ] Departamento: BOGOTA

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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad [ ]
21. Número de 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 completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
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 o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
INDEPENDIENTES	NIT	900266672	

39. Ubicación — Dirección: TV 69D # 3A - 33 Teléfono: 7009695 Correo electrónico: [ ] Municipio/Distrito: BOGOTA Departamento: BOGOTA

Versión Supersalud

285

711

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144 331-3

N° 21061705

21061705

49 01 03 01 | Ciudad BUCARAMANGA | Fecha de Solicitud de Afiliación 2019 07 22

1. Tipo de Vinculación

Vinculación inicial
Marque con X si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias

Traslado de AFP (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias | Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar | Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar | Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: CC TI CE PAS RC CD — CC
N° de Documento de Identidad: 1000783247
Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 2016 07 29
Lugar de Expedición: BOGOTA D.C
Género: M F
Es Pensionado (Jubilado): SI NO

Primer Apellido: OCAMPO
Segundo Apellido: MORENO
Primer Nombre: KEVIN
Otros Nombres: STEVEN

Fecha de Nacimiento: 1998 06 22
Lugar de Nacimiento: BOGOTA D.C
Nacionalidad: Colombiana ✓ Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: CARRERA 19D 70 36
Barrio: CENIZO
Ciudad/Municipio: BOGOTA
Departamento: BOGOTA D.C
N° de Teléfono Fijo:
N° de Teléfono Celular: 3142837977
Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI NO
Dirección de Correo Electrónico (e-mail):

Dirección Laboral | Ciudad | Departamento | N° de Teléfono

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento: NIT CC CE PAS TI — NIT
N° de Documento de Identidad: 900266672
Nombre y/o Razón Social: IMPERSONALES LTDA
Ciudad: BUCARAMANGA
Dirección Empleador:
Departamento: SANTANDER
Teléfono:
Ocupación o Cargo Actual: AYUDANTE
Salario o Ingreso Mensual: $ 828'116
Salario Integral: SI $
Envío de Notificación: Sucursal Principal ✓ Sucursal Ciudad
Tipo de Trabajador: Independiente Contratista — Dependiente ✓ — Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

Código parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes"

6. Clientes Considerados PEP´S

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO ✓ ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO ✓ Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad

7. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y cotizé 150 semanas. Tengo Derecho al Bono Pensional SI NO ✓

8. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Así mismo fui informado del derecho que me asiste de retractarme de mi decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.

Anexar la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro. - Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.

9. Voluntad de Selección y afiliación

"Declaro bajo juramento que las anotaciones del trabajador incluidas en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y HUELLA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de EAIS la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PORVENIR para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor:
No. de Identificación del Promotor:
Firma del Promotor:

Firma autorizada del Representante Legal

FES-19 F-01-AF-CR-01 V.2.0 — Porvenir / Pensiones Obligatorias — N° 21061705

Scanned by CamScanner

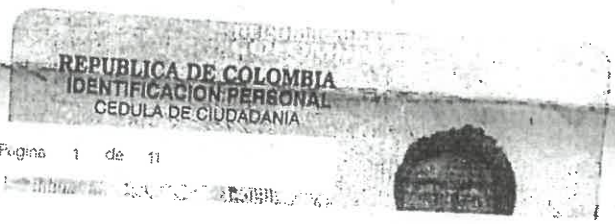
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA INFORME MENSUAL No. 1 28/06/2019 AL 28/07/2019

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL	FECHA AFILIACION ARL	EPS	AFP
CONSTRUDISEÑO CT	LUIS FREDY LOPEZ ROBAYO	1.023.871.134	AYUDANTE	SURA	30/07/2019	FAMISANAR	PORVENIR
CONSTRUDISEÑO CT	LUIS ALBERTO LOPEZ GARAY	3.166.211	AYUDANTE	SURA	30/07/2019	FAMISANAR	COLPENSIONES
CONSTRUDISEÑO CT	EDISON ALBERTO LOPEZ ROBAYO	80.114.455	AYUDANTE	SURA	30/07/2019	FAMISANAR	COLPENSIONES





Scanned with CamScanner



IPS UNIDAD DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA OLAYA

RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 3673 DE 2008 MPS

EMPRESA: 3 MP S.A.S.	NIT. 900518495 -1	ARL SURA	EPS FAMISANAT	FECHA	15/12/2018
TRABAJOS EN ALTURAS	☑	POS- OCUPACIONAL O EGRESO	☐	PERIÓDICO	☐
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS FREDY LOPEZ ROBAYO			1.023.871.134	
EDAD: 31 AÑOS	SEXO: MASCULINO	CARGO A DESEMPEÑAR:		COORDINADOR DE PROYECTOS	

EXAMENES CLINICOS PRACTICADOS ☐

Evaluación medico Ocupacional	☑	Exámenes Laboratorio	☑	SI	☐	NO	☐
Optometria	☑	Glicemia	☑	Colesterol	☑	Triglicéridos	☑
Audiometria	☑		☐	Estatura	1.76	Peso	68 KG
Espirometria	☑	Osteomuscular	☐	RH	O+	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 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 reubicación laboral	SI ☐	NO ☐
EXÁMEN PERIODICO					
Sospecha de enfermedad laboral	SI ☐	NO ☐	Cual		

FIRMA DEL PACIENTE

Dr. Jorge Bermudez P.
Medico Especialista
Salud Ocupacional
10521868 - R.M. 1630

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

Cel 3043157996 centromedicoespecializadoolaya@gmail.com NIT No 860,062187-6

Scanned with CamScanner

ARL | sura

715

Medellín, 29 de julio 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 COSTRUDISEÑO CT SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 CONSTRUDISEÑO			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1023871134	LOPEZ ROBAYO LUIS FREDY	30/07/2019		15923879	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/07/2019 21:24:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.255.163.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9005136092

No. de Radicado: 16681899

Fecha de Radicación: 29 07 2019

270

71

I. DATOS DEL TRAMITE

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. Colectiva [ ] 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 nombres			
Primer Apellido: LOPEZ	Segundo Apellido: ROBAYO	Primer Nombre: LUIS	Segundo Nombre: FREDY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023871134	Femenino [ ] Masculino [X]	D 04 M 09 A 1987

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 [ ]			SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$828.116	Dirección:	Municipio / Distrito:	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Departamento:	Teléfono fijo y/o 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 M 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 29. Parentesco	30. Etnia
			Femenino / Masculino			
B1				D M A		
B2				D M A		
B3				D M A		
B4				D M A		
B5				D M A		

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

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)
CONSTRUDISENO CT SAS	NIT	900524356	

38. Ubicación			
Dirección: CR 103B 82 92	Teléfono fijo y/o celular: NT	Ciudad / Municipio: BOGOTA	Departamento: DISTRITO CAPITAL.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reincorporación 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 incapacidad de cotizantes 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 prevención al desempleo [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:		
Tipo de documento de identidad:	Número del documento de identidad:	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento: D M A	42. Fecha novedad: D 29 M 07 A 2019	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado: Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo: Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten 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 genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley tengan la obligación.
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. Firma del cotizante, cabeza de familia o pensionado

55. Firma del empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] 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 el permiso de la parte paterna o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D M A	D M 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: PLOMERO

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

27

7

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 FREDY LOPEZ ROBAYO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,023,871,134**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

122018-1095
CONSECUTIVO

Alturas s.a.s
Nit 901.161.844 - 8
Lic. SST. No.5162/2018
cursodealturas.co

certifica que:

LUIS FREDY LOPEZ ROBAYO

Identificado con la Cedula de Ciudadanía No.: 1023871134

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017.
Certificación NTC. 6072 de 2014 No. CO18.01588 de Bureau Veritas.
Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo:
No. COR08SE2018220000000034868

Nivel **REENTRENAMIENTO TSA.**
Con Una Intensidad de 20 Horas. Del 16 de Dic. al 17 de Dic. de 2018

Por lo cual se le otorga la presente Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (17) días del mes de Diciembre de (2018)

José Orlando Franco Rodríguez
Lic SST No 5202/abril 2018
Gerente

Javier Alfonso Castañeda Lozada
Lic SST No. 5203/abril 2018
Entrenador

MINTRABAJO

BUREAU VERITAS

ACCEI
Asociación Colombiana de Centros de Entrenamiento Integral
Asociado No. ACC-AS-018

La autenticidad de este certificado puede ser verificada en 1alturas.com o en
Cel: 318 335 0248 Pbx:(+57 1) 402 9771

Scanned with CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.162.211
LOPEZ GARAY
APELLIDOS
LUIS ALBERTO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1958
VIANI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-DIC-1977 SAN JUAN DE RIOSECO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00200671-M-0003162211-20091128 0018447575A 1 1170106014

Scanned with CamScanner

IPS UNIDAD DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA OLAYA

RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 3673 DE 2008 MPS

EMPRESA: 3 MP S.A.S.	NIT. 900518495 -1	ARL SURA	EPS FAMISANAT	**FECHA**	15/12/2018
TRABAJOS EN ALTURAS	☑	**POS- OCUPACIONAL O EGRESO**	☐	**PERIÓDICO**	☐
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS ALBERTO LOPEZ GARAY			**3.162.211**	
EDAD: 60 AÑOS	**SEXO:** MASCULINO	**CARGOA A DESEMPEÑAR:**		ENCARGADO DE OBRA	

EXAMENES CLINICOS PRACTICADOS ☐

Evaluación medico Ocupacional	☑	Exámenes Laboratorio	☑	SI	☐	NO	☐
Optometría	☑	Glicemia	☑	Colesterol	☑	Triglicéridos	☑
Audiometría	☑		☐	Estatura	1.66	Peso	69.KG
Espirometría	☑	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 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 reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN PERIODICO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

FIRMA DEL PACIENTE

Dr. Jorge Bermudez P.
Medico Especialista
Salud Ocupacional
10521868 - R.M. 1630

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

Cel 3043157996 centromedicoespecializadoolaya@gmail.com NIT No 860,062187-6

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 29 de julio 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 COSTRUDISEÑO CT SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 CONSTRUDISEÑO	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C3162211	LOPEZ GARAY LUIS ALBERTO	30/07/2019		15D21114	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/07/2019 21:06:14.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.255.163.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUIS ALBERTO LOPEZ GARAY** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **3162211,** se encuentra afiliado (a) desde **27/02/1991** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de julio de 2019.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9005136090

16681897

Fecha de Radicación 29 07 2019

277

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [X] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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: LOPEZ	Segundo Apellido: GARAY	Primer Nombre: LUIS	Segundo Nombre: ALBERTO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	3162211	Femenino [ ] Masculino [X]	04 12 1958

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 [ ]			SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$828.116	Dirección	Municipio	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad	Departamento

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	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
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	L	M	Condición T	P	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		

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)
CONSTRUDISEÑO CT SAS	NIT	900524356	

39. Ubicación				
CR 103B 82 92		NIT	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Cargo del empleador	Municipio	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de otros 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 suspensión por pérdida de las 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 cambio de promoción al ascenso [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				D D M M A A A A	29 07 2019

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de carácter de fuerza mayor o caso fortuito que impiden 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 consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones 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.

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. En calidad de: apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CC [ ] TI [ ] RC [ ] CE [ ] CD [ ] PA [ ] SC [ ] Cantidad [ ] TOTAL [ ]
57. Copia del Registro civil de nacimiento cuando sea requerido 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 de cabeza de familia de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: CARGO: PLOMERO

VIGILADO Superintendencia Nacional de Salud

122018-1096
CONSECUTIVO

278

Alturas s.a.s
Nit 901.161.844 - 8
Lic. SST. No.5162/2018
cursodealturas.co

certifica que:

LUIS ALBERTO LOPEZ GARAY

Identificado con la Cedula de Ciudadanía No.: 3162211

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017.
Certificación NTC. 6072 de 2014 No. CO18.01588 de Bureau Veritas.
Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo:
No. COR08SE2018220000000034868

Nivel REENTRENAMIENTO TSA.
Con Una Intensidad de 20 Horas. Del 16 de Dic. al 17 de Dic. de 2018

Por lo cual se le otorga la presente Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (17) días del mes de Diciembre de (2018)

José Orlando Franco Rodríguez
Lic SST No 5202/abril 2018
Gerente

Javier Alfonso Castañeda Lozada
Lic SST No. 5203/abril 2018
Entrenador

MINTRABAJO

BUREAU VERITAS

ACCEI
Asociación Colombiana de Centros de Entrenamiento Integral
Asociado No. ACC-AS-018

La autenticidad de este certificado puede ser verificada en 1alturas.com o en
Cel: 318 335 0248 Pbx:(+57 1) 402 9771

Scanned with CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 80114455
LOPEZ ROBAYO
APELLIDOS
EDISON ALBERTO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1982
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
25-ENE-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
P-1500104-42080763-M-0080114455-20000531 02294 00152A 01 088974572

Scanned with CamScanner

280

720

ARL | sura

Medellín, 29 de julio 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 COSTRUDISEÑO CT SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 CONSTRUDISEÑO		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C80114455	LOPEZ ROBAYO EDISON ALBERTO	30/07/2019		24413018	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/07/2019 21:09:03
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.255.163.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

IPS UNIDAD DE ATENCION MÉDICA ESPECIALIZADA OLAYA

281

RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 3673 DE 2008 MPS

72

EMPRESA: 3 MP SAS	ARL SURA EPS FAMISANAR	FECHA	19/12/2018
TRABAJOS EN ALTURAS	POS- OCUPACIONAL O EGRESO	PERIÓDICO	
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDISON ALBERTO LOPEZ POBAYO	80.114.455	
EDAD: 36 AÑOS SEXO:	MASCULINO CARGO A DESEMPEÑAR:	INSTALADOR HIDRAULICO	

EXAMENES CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación medico Ocupacional	✓	Exámenes Laboratorio	✓	SI		NO	
Optometria	✓	Glicemia	✓	Colesterol	✓	Triglicéridos	✓
Audiometria	✓			Estatura	1.68	Peso	71.KG
Espirometria	✓	Osteomuscular	✓	RH	O +	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 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
EXÁMEN PERIODICO					
Sospecha de enfermedad laboral	SI	NO	Cual		

FIRMA DEL PACIENTE

Dr. Jorge [illegible] Gomez [illegible]
Especialista
Salud Ocupacional
[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

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa anteriormente mencionada. 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

Cel 304 315 7996 centromedicoespecializadolaya@gmail.com NIT No 860,062187-6

Scanned with CamScanner

282

728

Colpensiones
Vén por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **EDISON ALBERTO LOPEZ ROBAYO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **80114455,** se encuentra afiliado (a) desde **29/06/2003** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de julio de 2019.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9005136091

16681898

Fecha de Radicación: 29 07 2019

Código (a registrar por la EPS):

I. DATOS DEL TRAMITE

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

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

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 [X] C. Beneficiario [ ]

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: LOPEZ	Segundo Apellido: ROBAYO	Primer Nombre: EDISON	Segundo Nombre: ALBERTO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80114455	Femenino [ ] Masculino [X]	17 01 1982

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:			SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$828.116	Dirección		Zona: Urbana [ ] Rural [ ]		
Código Departamento	Código Municipio / Distrito			Localidad / Comuna	Barrio

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	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
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbano	Rural	Departamento	Teléfono fijo y 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)
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 o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUDISEÑO CT SAS	NT	900524356	

39. Ubicación: Dirección	Código Municipio / Distrito	Código Departamento	Municipio / Distrito	Departamento
CR 103B 82 92	NT		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Causa [ ] 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 actividad de cotizantes para centros de afiliación colectiva [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [X] 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 informe de prestación al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
					29 07 2019

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales

47. Declaración de no cotización al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de pertenecer a cargos de libre nombre y remoción que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios

49. Confirmación de no vinculación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales a otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS consulte y comparta 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 a que se refiere la afiliación o del retiro de cotizantes o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

52. 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 en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información local como alertas o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] TI [ ] T [ ] CE [ ] CA [ ] CD [ ] PE [ ] Cantidad [ ] Total [ ]

57. Copia del documento de identidad debidamente 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 o 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 bajo la gravedad de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código de municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: PLOMERO

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

122018-1125
CONSECUTIVO

Alturas s.a.s
Nit 901.161.844 - 8
Lic. SST. No.5162/2018
cursodealturas.co

certifica que:

EDISON ALBERTO LOPEZ ROBAYO

Identificado con la Cedula de Ciudadanía **No.: 80114455**

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017.
Certificación NTC. 6072 de 2014 No. CO18.01588 de Bureau Veritas.
Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo:
No. COR08SE2018220000000034868

Nivel **REENTRENAMIENTO TSA.**
Con Una Intensidad de 20 Horas. Del 20 de Dic. al 21 de Dic. de 2018

Por lo cual se le otorga la presente Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (21) días del mes de Diciembre de (2018)

José Orlando Franco Rodríguez
Lic SST No 5202/abril 2018
Gerente

Javier Alfonso Castañeda Lozada
Lic SST No. 5203/abril 2018
Entrenador

MINTRABAJO

BUREAU VERITAS

ACCEI Asociación Colombiana de Centros de Entrenamiento Integral
Asociado No. ACC-AS-018

La autenticidad de este certificado puede ser verificada en 1alturas.com o en Cel: 318 335 0248 Pbx:(+57 1) 402 9771

Scanned with CamScanner

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 INFORME MENSUAL No. 1 28/06/2019 AL 28/07/2019

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL	FECHA AFILIACION ARL	EPS	AFP
HIDROALFA SAS	GUILLERMO ALFONSO MENDEZ DUCUARA	1.007.787.546	AYUDANTE	BOLIVAR	PLANILLA	SURA	PORVENIR
HIDROALFA SAS	MEDINA UL JAIRO	4.786.363	AYUDANTE	BOLIVAR	PLANILLA	FAMISANANR	PROTECCION
HIDROALFA SAS	LUIS ORLANDO DIMATE DOMINGUEZ	79.414.421	AYUDANTE	BOLIVAR	PLANILLA	SALUD TOTAL	COLPENSIONES
HIDROALFA SAS	MARINO TABARES LOPEZ	16.680.215	AYUDANTE	BOLIVAR	PLANILLA	SANITAS	PORVENIR
HIDROALFA SAS	ALVARO PALECHOR ITAZ	4.698.485	AYUDANTE	BOLIVAR	1/09/2010	. NUEVA	PROTECCION
HIDROALFA SAS	LUIS ALBERTO ASCENCIO VERGARA	1.100.395.224	AYUDANTE	BOLIVAR	27/03/2013	SALUD TOTAL	PORVENIR

I.P.S
H.S.E.Q UNIDAD MEDICA
Labor Vital

Código: HSEQ-FG-06
Rev. Fecha: 2017.02
Versión No. 1

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



Tipo Doc: CC
Apellido: Mendez Dacuara
Empresa: Hidrosilfa Sas
Cargo: Cordinador De Obra - Conductor
Direccion: Calle 65 Sur N 77g 41
Telefono: **Celular:** 3204724005 **Email:**
Peso: 70 Kg **Estatura:** 168 Cm **IMC:** 24.8
EPS: Sura **ARL:** Seguros Bolivar **AFP:** Porvenir
Escolaridad: Tecnico Laboral **Estado Civil:** Soltero(a) **Jornada Laboral:** Diurna
Ciudad: Bogota
Fecha: 30 Jul 2019 **Hora:** 07:51:45 a.m.

Nro Identidad: 1007787546
Nombre: Guillermo Alfonso
Sexo: Masculino
Edad: 27 años
Nacim: 07/Jun/1992
Rh: O+
Recepcion: # 32643

Examenes Realizados

☐ Audiometria Clinica ☑ Audiometria Tonal ☐ Coprologico ☐ Espirometria ☑ Glicemia ☑ Optometria
☐ Perfil Lipidico ☑ Ver.Estatico ☐ Visiometria
Otros: Colesterol Total, Trigliceridos, Osteomuscular, Prueba Psicosensometrica

Recomendaciones

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

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tonal	Umbral Audit. Dbr De Lpa, Reposo Auditivo Extra Laboral
Audiometria Clinica	
Optometria	uso epp- pausas activas
Visiometria	
Osteomuscular	Arcos De Movimientos Dentro De Limites Normales
Vestibular	Pruebas De Equilibrios Dentro De Limites Normales
Cardiovascular	
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales
Altura	

Recomendaciones Personalizadas: Licencia N: 1007787546

Concepto

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

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolucion 2346 emanada del ministerio de proteccion social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y cuentan 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 disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa.

Dr. Juan Gaviria M.
Médico Ocupacional
Licencia en Salud Ocupacional
11543 - SO 3972/2

Juan Gaviria
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629/19

Guillermo Alfonso Mendez Dacuara
CC 1007787546

Huella Digital

286
732

CENTRO DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO
NOMADA CI LTDA
NIT: 830.125.290 – 8
Autorizado por:

Ministerio del Trabajo mediante resolución 08SE2018220000000032417

Certifica que:

GUILLERMO ALFONSO MENDEZ DUCUARA

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.007.787.546
Cursó y aprobó la formación en:
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de 20 horas, desarrollado en la ciudad de Bogotá D.C.
Durante los días 3 y 4 de Noviembre de 2018.

Expedido en la Ciudad de Bogotá el día 04 de Noviembre de 2018.

MAURICIO E. LUQUE GAITAN
CC: 3.086.557
ENTRENADOR
Licencia S.O Nº 00543 del 28/03/2014

CO18.01611

Verifique este certificado aquí:

MARIA MERCEDES GONZALEZ
CC: 51.967.801
REPRESENTANTE LEGAL

20181104003

Av. 1° de Mayo Nº 35 - 79 – Bogotá -Teléfono: 4399535 – 320 574 1274
Consultar validez: www.nomadaoutdoor.com módulo Formación - Certificaciones

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800230346-1	HIDROALFA S.A.S		CARRERA 46 N 152-46 LOCAL 1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	MENDEZ GUILLER	68	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2019-07	2019-06	E	24/07/2019	8336287000	$421.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	53.900	0		0		0	13	600	0	54.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800226808-8	215.400	0	0	0	0	13	2.100	0	217.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	93.700				93.700	13	900	94.600			937	94.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	53.900	13	600	54.500	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	53.900	54.500
Pensión	1	215.400	217.500
Riesgos Laborales	1	93.700	94.600
CCF	1	53.900	54.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	416.900	421.100

PAGADA
8336287000

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

289

735

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	800230346-1	HIDROALFA S.A.S		CARRERA 45 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	MENDEZ GUILLER	68	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS / UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 / 0
2019-07	2019-06	E	24/07/2019	8336287000	TOTAL A PAGAR
					$421.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Bolívar	Cartagena	Cartagena	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otras parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007787548	MENDEZ DUCUARA GUILLERMO ALFONSO	1	0			S																230301	1 345 887	215 400	0	0	0	0	EPS010	1 345 887	53 900	14-7	1 345 887	5	93 700	CCF24	1 345 887	53 900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aptitud Laboral
Retiro
Osteomuscular



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 4786363 **Sexo:** Masculino ♂
Apellido: Medina Ul **Nombre:** Jairo **Edad:** 33 años
Empresa: Hidroalfa Sas **Nacim:** 11/Oct/1984
Cargo: Oficial **Rh:** O+
Direccion: Calle 130 No 87-28
Telefono: **Celular:** 3219542885 **Email:**
Peso: 67 Kg **Estatura:** 158 Cm **IMC:** 26.8
EPS: Famisanar **ARL:** **AFP:**
Escolaridad: Bachiller **Estado Civil:** Union Libre **Jornada Laboral:** .:: Sin Definir ::.
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Fecha: 23/Ene/2018 **Recepcion:** # 7217

Examenes Realizados

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

Otros: Osteomuscular

Recomendaciones

Otros: Higiene Postural, Uso De Epp, Pausas Activas, Reforzamiento A Puesto De Trabajo, Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	
Audiometria Clinica	
Optometria	
Visiometria	
Osteomuscular	Arcos De Movimiento Dentro De Limites Normales
Vestibular	
Cardiovascular	
Laboratorios	
Altura	

Concepto

Otros: Retiro Satisfactorio

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. César M. Carrillo M.
Médico Cirujano UIS
Especialista en Salud Ocupacional
Lic. S.O. 9481 -Res. 11189 S.D.S
C.C. 13.831.650

Cesar Carrillo
Medico 2 Ocupacional
Lic. de S.O #: 11189

Jairo Medina Ul
CC 4786363

Huella
Digital

CENTRO DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO
NOMADA CI LTDA
NIT: 830.125.290 – 8

Autorizado por:

Ministerio del Trabajo mediante resolución 08SE2018220000000032417

Certifica que:

JAIRO MEDINA UL

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 4.786.363
Cursó y aprobó la formación en:
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de 20 horas, desarrollado en la ciudad de Bogotá D.C.
Durante los días 10 y 11 de Noviembre de 2018.

Expedido en la Ciudad de Bogotá el día 11 de Noviembre de 2018.

MAURICIO E. LUQUE GAITAN
CC: 3.086.557
ENTRENADOR
Licencia S.O Nº 00543 del 28/03/2014

CO18.01611

Verifique este certificado aquí:

MARIA MERCEDES GONZALEZ
CC: 51.967.801
REPRESENTANTE LEGAL

20181111007

Av. 1° de Mayo Nº 35 - 79 – Bogotá -Teléfono: 4399535 – 320 574 1274
Consultar validez: www.nomadaoutdoor.com módulo Formación - Certificaciones

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:

compensar | miplanilla.com

Nombre	HIDROALFA S.A.S
Tipo y numero de identificación	800230346
Número de radicación planilla	8336349122
Fecha de pago	7/26/2019
Número de autonzación de pago	1000000143
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotizacion salud	Agosto 2019
Periodo cotización pension	Julio 2019
Periodo cotizacion caja	Julio 2019
Número de administradoras	4
Total Pagado	$416.900
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$93.700	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$215.400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fiar	$53.900	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$53.900	1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS				COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	47983362	MERIÑA LIL JAIRO	EPS037	230301	CAF24																		1.345.787	1.345.787	1.345.787	1.345.787	0			215.400	0	0	53.900	0

PAGADO

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

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



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 79414421 **Sexo:** Masculino ♂
Apellido: Dimate Dominguez **Nombre:** Luis Orlando **Edad:** 53 años
Empresa: Hidroalfa Sas **Nacim:** 04/Jul/1965
Cargo: Plomero **Rh:** O+
Direccion: Calle 5v N 3-20
Telefono: 2868080 **Celular:** 3223676591 **Email:**
Peso: 69 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 25.3
EPS: Salud Total **ARL:** Seguros Bolivar **AFP:** Colfondos
Escolaridad: Bachiller **Estado Civil:** Union Libre **Jornada Laboral:** Diurna
Ciudad: Bogota
Fecha: 08/Jun/2019, **Hora:** 08:01:37 a.m. **Recepcion:** # 29998

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	Paciente En Tratamiento Con Otorrino
Audiometria Clinica	Control Según Sve, Uso Doble De Epa En Exposición A Ruido, Reposo Auditivo Extra Laboral
Optometria	
Visiometria	
Osteomuscular	uso epp- uso correcion optica vision cerca
Vestibular	Arcos De Movimientos Dentro De Limites Normales
Cardiovascular	Pruebas De Equilibrio Dentro De Limites Normales
Laboratorios	
Altura	Dentro De Los Limites Normales Para El Cargo

Recomendaciones Personalizadas: Uso De Lentes Para Cerca
Uso De Doble Proteccion Auditiva En Zonas De Ruido

Concepto

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

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. César M. Carrillo M.
Médico Cirujano UIS
Especialista en Salud Ocupacional
Lic. S.O. 9481 -Res. 11189 S.O.S
C.C. 13.821.653

Cesar Carrillo
Medico 2 Ocupacional
Lic. de S.O #: 11189

Luis Orlando Dimate Dominguez
CC 79414421

Huella
Digital

MiPlanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES														VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIAS COTIZADOS	EXTRANJERO	SUSCRIPCION EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	79414421	DIMATE DOMINGUEZ LUIS ORLANDO	EPS002	25-14	CCF24																			1.432.787	1.432.787	1.432.787	1.432.787	0			229.300	0	0	57.400	0

PAGADO

CENTRO DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO
NOMADA CI LTDA
NIT: 830.125.290 – 8

Autorizado por:

Ministerio del Trabajo mediante resolución 08SE2018220000000032417

Certifica que:

LUIS ORLANDO DIMATE DOMINGUEZ

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.414.421
Cursó y aprobó la formación en:
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de 20 horas, desarrollado en la ciudad de Bogotá D.C.
Durante los días 17 y 18 de Noviembre de 2018.

Expedido en la Ciudad de Bogotá el día 18 de Noviembre de 2018.

20181118002

MAURICIO E. LUQUE GAITAN
CC: 3.086.557
ENTRENADOR
Licencia S.O Nº 00543 del 28/03/2014

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification

CO18.01611

Verifique este certificado aquí:

MARIA MERCEDES GONZALEZ
CC: 51.967.801
REPRESENTANTE LEGAL

2298

I.P.S
H.S.E.Q UNIDAD MEDICA

Código: HSEQ-FG-0
Rev. Fecha: 2017.0
Versión No. 1

Labor Vital

297 74

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



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 16680215 **Sexo:** Masculino ♂
Apellido: Tabares Lopez **Nombre:** Marino **Edad:** 58 años
Empresa: Hidroalfa Sas **Nacim:** 13/Feb/1961
Cargo: Almacenista **Rh:** O-
Direccion: Cr 47 128 16
Telefono: **Celular:** 3123725516 **Email:**
Peso: 63 Kg **Estatura:** 160 Cm **IMC:** 24.6
EPS: Sanitas **ARL:** Seguros Bolivar **AFP:** Porvenir
Escolaridad: Primaria **Estado Civil:** Union Libre **Jornada Laboral:** Diurna
Ciudad: Bogota
Fecha: 30/Jul/2019, **Hora:** 07:09:26 a.m. **Recepcion:** # 32624

Examenes Realizados

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

Otros: Colesterol Total, Triglicéridos, Osteomuscular

Recomendaciones

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

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Control Anual, Uso Doble De Epa, Reposo Auditivo Extra Laboral.
Audiometria Clinica	
Optometria	uso epp- uso correccion optica- Vision cerca- oftalmologia
Visiometria	
Osteomuscular	Arcos De Movimientos Dentro De Limites Normales
Vestibular	Pruebas De Equilibrios Dentro De Limites Normales
Cardiovascular	
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales
Altura	

Recomendaciones Personalizadas: Uso De Lentes Para Cerca

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 este a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
RSO 858 - R.M. 08135673

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

Marino Tabares Lopez
CC 16680215

Huella Digital

MiPlanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIAS COTIZADOS	EXTRANJERO	COTIZANTE EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	16680215	TABARES LOPEZ MARINO	EPS005	230301	CCF24																			1.432.787	1.432.787	1.432.787	1.432.787	0			229.300	0	0	57.400	0

PAGADO

2638

JMHSEQ

J&M HSEQ SAS
NIT: 900662154-9

J&M Seguridad y Medio Ambiente SAS Autorización N° 9SSE2019220100000088155 por el Ministerio de Trabajo para impartir cursos de trabajo seguro en alturas
11 de marzo de 2019

CERTIFICA QUE:

MARINO TABARES LOPEZ

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANIA 16 680 215

Participo y Aprobó el curso de

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL:
NIVEL BASICO ADMINISTRATIVO
Con una intensidad de 10 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá a los (20) días del mes de julio de 2019 dando cumplimiento a los requerimientos establecidos por la Resolución 1409 de 2012 y Resolución 1178 de 2017

JAIDER MAHECHA GUTIERREZ
CC/ 80.874.333
Representante Legal

ENTRENADOR
SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE S.A.S.
JAIDER MAHECHA GUTIERREZ
L.O. N° 12164 de 19/12/2017

299

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.698.485
PALECHOR ITAZ

APELLIDOS
ALVARO

NOMBRES
Alvaro Palechor Itaz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-1968
LA VEGA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-JUL-1986 LA VEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00130320-M-0004698485-20081120 0006554082A 1 1610023665

Certificado de Aptitud Laboral

Ingreso Con énfasis Osteomuscular - Ingreso Con énfasis Para Trabajo En Alturas



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 4698485 **Sexo:** Masculino ♂
Apellido: Palechor Itaz **Nombre:** Alvaro **Edad:** 50 años
Empresa: Hidroalfa Sas **Nacim:** 08/Ene/1968
Cargo: Ayudante **Rh:** O+
Direccion: Diagonal 79 D N 45 27 Sur
Telefono: **Celular:** 3223505107 **Email:**
Peso: 65 Kg **Estatura:** 166 Cm **IMC:** 23.5
EPS: Nueva Eps **ARL:** Sin Definir **AFP:** Colpensiones
Escolaridad: Bachiller **Estado Civil:** Casado (a) **Jornada Laboral:** Diurna
Ciudad: Cauca - La Vega
Fecha: 06/Ago/2018, **Hora:** 07:01:46 a.m. **Recepcion:** # 15788

Examenes Realizados

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

Otros: Colesterol Total, Triglicéridos, Osteomuscular

Recomendaciones

Otros: Control De Presion Arterial, Bajo Consumo De Sal, Dieta Baja En Grasas, Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	Uso De Doble Protección Auditiva Pautas De Higiene Y Cuidado Auditivo Reposo Auditivo Audiometria Clinica Anual Integrar Al Pve En Conservacion Auditiva Control Semestral
udiometria Clinica	
Optometria	
Visiometria	USO EPP
Osteomuscular	Arcos De Movimientos Dentro De Limites Normales
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Dentro De Limites Normales, Orientado En Tres Esferas
Cardiovascular	
Laboratorios	Dieta Baja En Grasas
Altura	

Recomendaciones Personalizadas: Valoración Por Eps

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. 70128523

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

Alvaro Palechor Itaz
CC 4698485

Huella Digital

SEGUROS
BOLÍVAR

302

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	4698485	ALVARO PALECHOR ITAZ	OPERATIVA	5	6.96%	10/08/2018		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 1 de Agosto del año 2019.

Firma Representante Legal

303

749

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **ALVARO PALECHOR ITAZ** identificado(a) con **CC** número **4.698.485** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, se encuentra en estado Inactivo en el FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN.

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

20190801151933

CENTRO DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO
NOMADA CI LTDA
NIT: 830.125.290 – 8

Autorizado por:

Ministerio del Trabajo mediante resolución 08SE2018220000000032417

Certifica que:

ALVARO PALECHOR ITAZ

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 4.698.485

Cursó y aprobó la formación en:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de 20 horas, desarrollado en la ciudad de Bogotá D.C.
Durante los días 08 y 09 de Junio de 2019.

Expedido en la Ciudad de Bogotá el día 09 de Junio de 2019.

BUREAU VERITAS
NTC 6072:2014
CERTIFICACION
CO 18.01611

Verifique este certificado aqui:

MAURICIO E. LUQUE GAITAN
CC: 3.086.557
ENTRENADOR
Licencia S.O Nº 00543 del 28/03/2014

MARIA MERCEDES GONZALEZ
CC: 51.967.801
REPRESENTANTE LEGAL

20190609004

354
450

PLANILLA INTEGRADA DE TOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800230346-1	HIDROALFA S.A.S	CARRERA 46 N 152-46 LOCAL1-86	7006307	seguridadst@hidroalfasas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PALECHOR ITAZ	73	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-07	2019-06	E	25/07/2019	8336336774	$291.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	37.300	. 0		0		0	14	400	0	37.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	149.100	0	0	0	0	14	1.600	0	150.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	64.900				64.900	14	700	65.600			649	65.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.300	14	400	37.700	1

TOTALES PARAFISCALES

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

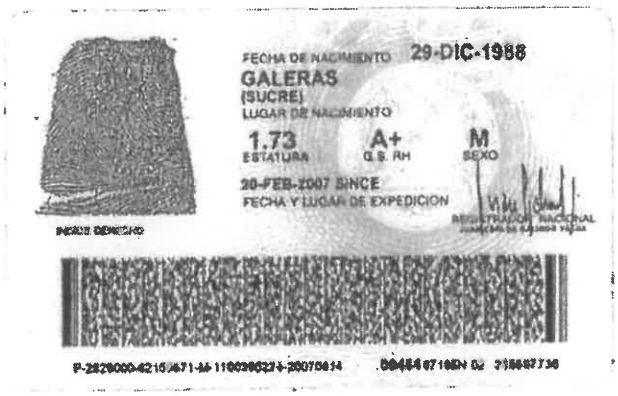
TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	37.300	37.700
Pensión	1	149.100	150.700
Riesgos Laborales	1	64.900	65.600
CCF	1	37.300	37.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	288.600	291.700

PAGADA 8336336774

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.100.395.224
APELLIDOS ABCENCIO VERGARA
NOMBRES LUIS ALBERTO
FIRMA Luis Alberto Abcencio


FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1988
GALERAS
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
20-FEB-2007 SINCE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Certificado de Aptitud Laboral

Periodico Con Enfasis Osteomuscular- Periodico Para Trabajo En Alturas



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1100395224 **Sexo:** Masculino ♂
Apellido: Ascencio Vergara **Nombre:** Luis Alberto **Edad:** 29 años
Empresa: Hidroalfa Sas **Nacim:** 29/Dic/1988
Cargo: Oficial De Plomeria **Rh:** A+
Direccion: Cra 96 No 130 A 40
Telefono: **Celular:** 3114966527 **Email:**
Peso: 77 Kg **Estatura:** 173 Cm **IMC:** 25.7
EPS: Salud Total **ARL:** Seguros Bolivar **AFP:** Porvenir
Escolaridad: Bachiller **Estado Civil:** Union Libre **Jornada Laboral:**
Ciudad: Bogota
Fecha: 09/Oct/2018, **Hora:** 09:31:53 a.m. **Recepcion:** # 19306

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, Reposo Auditivo Extra Laboral
Audiometria Clinica	
Optometria	
Visiometria	USO EPP- LENTES FILTRO UV
Osteomuscular	Arcos De Movimientos Dentro De Límites Normales
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Dentro De Límites Normales; Orientado En Tres Esferas
Cardiovascular	
Laboratorios	Resultados De Laboratorio Normales Para El Cargo Asignado
Altura	

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. 70129523

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

Luis Ascencio

Luis Alberto Ascencio Vergara
CC 1100395224

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	1100395224	LUIS ASCENCIO ASCENCIO VERGARA	OPERATIVA	5	6.96%	27/03/2013		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 31 de Julio del año 2019.

Firma Representante Legal

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 ALBERTO ASCENCIO VERGARA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,100,395,224**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 31 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

MiPlanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	CLASE EMPLEADO	EXTRANJERO	COLOMBIA EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1100395224	ASCENCIO VERGARA LUIS ALBERTO	EPS002	230301	CCF24																			1.573.787	1.573.787	1.573.787	1.573.787	0			251.900	0	0	63.000	0

PAGADO
$100.000

311 754

CENTRO DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO
NOMADA CI LTDA
NIT: 830.125.290 – 8

Autorizado por:

Ministerio del Trabajo mediante resolución 08SE2018220000000032417

Certifica que:

LUIS ALBERTO ASCENSIO VERGARA

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.100.395.224
Cursó y aprobó la formación en:
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de 20 horas, desarrollado en la ciudad de Bogotá D.C.
Durante los días 10 y 11 de Noviembre de 2018.

Expedido en la Ciudad de Bogotá el día 11 de Noviembre de 2018.

MAURICIO E. LUQUE GAITAN
CC: 3.086.557
ENTRENADOR
Licencia S.O Nº 00543 del 28/03/2014

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification

CO18.01611

Verifique este certificado aquí:

MARIA MERCEDES GONZALEZ
CC: 51.967.801
REPRESENTANTE LEGAL

20181111010



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 92.098.927
ASCENCIO VEGARA
APELLIDOS
JAIRO ANDRES
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1980
GALERAS (NUEVA GRANADA)
GALERAS (SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
27-ENE-1999 GALERAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00014861-M-0092098927-20080619 0000532662A 1 1500008804

SEGUROS
BOLÍVAR

313

156

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	92098927	JAIRO ANDRES ASCENCIO VERGARA	OPERATIVA	5	6.96%	20/01/2012		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 30 de Julio del año 2019.

Firma Representante Legal

Certificado de Aptitud Laboral

Ingreso Con énfasis Osteomuscular - Ingreso Con énfasis Para Trabajo En Alturas



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 92098927 **Sexo:** Masculino ♂
Apellido: Ascencio Vergara **Nombre:** Jairo Andres **Edad:** 38 años
Empresa: Hidroalfa Sas **Nacim:** 24/Sep/1980
Cargo: Oficial **Rh:** A+
Direccion: Cra 96 # 129 24 Suba
Telefono: **Celular:** 3144225445 **Email:**
Peso: 60 Kg **Estatura:** 162 Cm **IMC:** 22.8
EPS: Salud Total **ARL:** Seguros Bolivar **AFP:** Porvenir
Escolaridad: Bachiller **Estado Civil:** Soltero (a) **Jornada Laboral:**
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Fecha: 01/Ago/2019, **Hora:** 07:39:46 a.m. **Recepcion:** # 32766

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 epp
Visiometria	
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservada
Vestibular	Pruebas De Equilibrio Normal, Orientadon En Las 3 Esferas
Cardiovascular	
Laboratorios	Dentro De Los Limites Normales
Altura	

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. 70129523

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

Jairo Andres Ascencio Vergara
CC 92098927

Huella
Digital

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:



Nombre	HIDROALFA S.A.S
Tipo y número de identificación	800230346
Número de radicación planilla	8335955459
Fecha de pago	7/26/2019
Número de autorización de pago	1000000149
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	$493.000
Total interes mora	$5.500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$110.900	1
230301	Porvenir	$254.700	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$63.700	1
EPS002	Salud Total EPS	$63.700	1

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

316

761

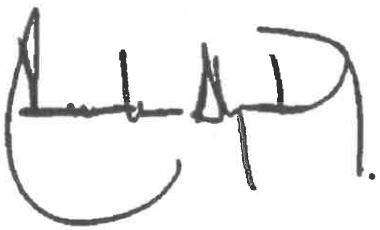
porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JAIRO ANDRES ASCENCIO VEGARA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **92,098,927**, 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 30 días del mes de Julio de 2019.



Gerente de Clientes

CENTRO DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO
NOMADA CI LTDA
NIT: 830.125.290 – 8

Autorizado por:

Ministerio del Trabajo mediante resolución 08SE2018220000000032417

Certifica que:

JAIRO ANDRES ASCENSIO VERGARA

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 92.098.927
Cursó y aprobó la formación en:
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de 20 horas, desarrollado en la ciudad de Bogotá D.C.
Durante los días 10 y 11 de Noviembre de 2018.

Expedido en la Ciudad de Bogotá el día 11 de Noviembre de 2018.

MAURICIO E. LUQUE GAITAN
CC: 3.086.557
ENTRENADOR
Licencia S.O Nº 00543 del 28/03/2014

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification

CO18.01611

Verifique este certificado aquí:

MARIA MERCEDES GONZALEZ
CC: 51.967.801
REPRESENTANTE LEGAL

20181111011

Av. 1° de Mayo Nº 35 - 79 – Bogotá -Teléfono: 4399535 – 320 574 1274
Consultar validez: www.nomadaoutdoor.com módulo Formación - Certificaciones

CONSORCIO PRUNI SEDES 04	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 INFORME MENSUAL No. 1 28/06/2019 AL 28/07/2019

EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL	FECHA AFILIACION ARL	EPS	AFP
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	FERMIN PALACIOS PALACIOS	11.806.550	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	26/07/2019	FAMISANANR	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	DEINER JESUS BELEÑO CARO	1.082.909.389	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	26/07/2019	FAMISANANR	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	NELCY ALEJANDRA MONDRAGON GARCIA	1.014.276.637	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	26/07/2019	FAMISANANR	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	YIMIS MARTINEZ MARTINEZ	1.079.690.056	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	26/07/2019	SANITAS	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	JESSICA PAOLA BELTRAN RODRIGUEZ	1.070.019.412	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	26/07/2019	SANITAS	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	JEAN CARLOS BEJARANO OROZCO	1.232.588.330	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	26/07/2019	SALUD TOTAL	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	77.132.092	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	26/07/2019	FAMISANANR	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	LUIS ANGEL CASIANI CUETO	1.033.120.481	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	26/07/2019	FAMISANANR	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	OMAR YESID ALVARADO RUIDIAZ	1.126.119.523	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	26/07/2019	FAMISANANR	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	JOSE GUILLERMO JUNCO CHOCONTA	79.757.550	MAESTRO	AXA COLPATRIA	27/07/2018	SALUD TOTAL	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	CARLOS JULIO ZABALA HERNANDEZ	1.002.497.406	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	27/07/2017	MEDIMAS	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	JOSE MIGUEL MARTINEZ GALVIS	1.073.383.474	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	28/07/2017	MEDIMAS	PROTECCION
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	NEIDER MACHADO VEGA	1.193.387.009	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	27/07/2019	SURA	COLFONDOS
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	80.871.279	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	27/07/2019	SALUD TOTAL	PROTECCION
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	EUCLIDES RODRIGUEZ GALVAN	18.353.521	AYUDANTE ELECTRICO	AXA COLPATRIA	30/07/2019	SALUD TOTAL	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	JHON JAIRO CAMARGO QUIÑONES	1.121.417.829	AYUDANTE ELECTRICO	AXA COLPATRIA	30/07/2019	MEDIMAS	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	JAVIER HUMBERTO GUATIVA CASTILLO	79.651.446	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	27/07/2019	NUEVA	COLFONDOS
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	JAVIER ALEXANDER ORTIZ MORENO	79.971.621	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	2/08/2019	MEDIMAS	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	JOSE GIOVANI MATIZ TORRES	1.007.614.754	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	2/08/2019	FAMISANAR	PORVENIR
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES	VICTOR JOSE CAICEDO REY	1.127.661.722	AYUDANTE	AXA COLPATRIA	2/08/2019	FAMISANAR	PORVENIR

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.806.550
PALACIOS PALACIOS
APELLIDOS
FERMIN
NOMBRES

Fermin Palacios P
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-JUL-1974
QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

18-JUL-1996 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00665029-M-0011806550-20130209 0042760757A 1 1073254581

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

320

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	11806550
Nombre:	FERMIN PALACIOS PALACIOS
Fecha Ingreso:	26/07/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	25/07/2019 11:32:56 p.m.

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 25-07-2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otr
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:		Cargo:		AYUDANTE		Sección:					

1 Apellido: PALACIOS	2 Apellido PALACIOS	Nombre FERMIN	CC: 11806550	FN: 30-07-1974	
Edad: 44	Sexo: M	Estado Civil: UNION LIBRE	Escolaridad: PRIMARIA	Dirección: CALLE 68- 19 D 21 SUR	Tel / Cel: 3144639645
EPS	FAMISANAR	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 ALTURA			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA	X	ALCOHOLIMETRIA	
LABORATORIOS:						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO AYUDANTE
- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
-

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

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:

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **FERMIN PALACIOS PALACIOS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **11,806,550**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS S.A.S

NIT: 900.992.376-4

Dando cumplimiento a las resoluciones 1409 del 2012, 3368 del 2014, 1903 del 2013 NTC 6072 del 2014 y Resolución 1178 del 2017. Teniendo en cuenta que la empresa Certificados de Alturas y Servicios s.a.s cuenta con: Licencia en salud ocupacional No 0028 del 2017, Certificación NTC 6072 No CO18.01301 del 2018 expedida por BUREAU VERITAS COLOMBIA y debidamente registrada y aprobada por el Ministerio de Trabajo bajo el código COR08SE2018220000000025133.

CERTIFICA QUE:

FERMIN PALACIOS PALACIOS

Identificado(a) con CC: 11806550

Asistió y aprobó la acción de formación y entrenamiento en el nivel

REENTRENAMIENTO AVANZADOcon una intensidad horaria de 20 horas.

Capacitación y entrenamiento realizados en la ciudad de Bogotá

El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el día 16 Y 17 DE ENERO DEL 2019

Código de Registro No JHV-2019-455

Certificados de Alturas y Servicios s.a.s
Nit: 900.992.376-4
R.L: Dimas Salomón Quintero Chasqui
Certificación No CO18.01301 del 2018, LSO No 0028 del 2017

Winter Eday Vergara Arrieta
Cédula No 10.887.539
LSO No RES. 3482 del 2013
Entrenador para Trabajo Seguro en Alturas

La veracidad de este documento se puede establecer a través de los siguientes medios: [redacted], al Correo electrónico [redacted], Celular: [redacted], teléfono fijo [redacted]. Con el código JHV-2019-455 o el respectivo número de identificación 11806550

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

900897180l 324

9008971801

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

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

6. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
PALACIOS	PALACIOS	FERMIN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	11806550	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 30

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$828.116	Dirección		Teléf
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañer

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

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

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
81			
82			
83			
84			
85			

	Tipo de documento de identidad	25. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
81					D D M M A A A A	
82					D D M M A A A A	
83					D D M M A A A A	
84					D D M M A A A A	
85					D D M M A A A A	

31. Discapacidad						32. Datos de residencia			
	Tipo F	N	M	Condición T	P	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento
81									
82									
83									
84									
85									

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

C

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIV

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de ap
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NT	901300853	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Mur
CARRERA 100 A 135 04	3102757816		BOGOT

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 correcci
ción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados ac
e 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
ntidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Dif
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

Tipo de documento	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.909.389
BELEÑO CARO

APELLIDOS
DEINER JESUS

NOMBRES
DEYNER BELEÑO

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1989

EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,63 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

06-FEB-2008 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2100100-00168743-M-1082909389-20090812 0014854818A 2 24391450

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 25-07-2019	Ciudad: BOGOTA		Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otr
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S		Actividad Económica							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:					
Tiempo en la empresa:		Cargo:	AYUDANTE		Sección:					

1 Apellido: BELEÑO	2 Apellido CARO	Nombre DEINER JESUS	CC: 1082909389	FN: 05-12-1989	
Edad: 30	Sexo: M	Estado Civil: UNION LIBRE	Escolaridad: DECIMO	Dirección: CRA 7- 36 14	Tel / Cel: 3217622883
EPS: FAMISANAR		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 ALTURA**			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO		NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA	X	ALCOHOLIMETRIA	
LABORATORIOS:						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO AYUDANTE
- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
-

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

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:

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

337

772

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	1082909389
Nombre:	DEINER JESUS BELEÑO CARO
Fecha Ingreso:	26/07/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	25/07/2019 11:37:47 p.m.

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) **DEINER JESUS BELEÑO CARO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,082,909,389**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Julio 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

DEINER JESUS BELEÑO CARO

C.C. N° 1082909389

Asistió y aprobó el curso de:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

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 titulo II, capitulo II Articulo 9 de la Resolución 1409 de 2012 del Ministerio de Trabajo,

Se da en la ciudad de Villavicencio el día 24 del mes de octubre del 2018

ING. GABRIEL FERNANDO GUTIERREZ
Representante Legal 311 224 1304

TSA: 1317

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

inTrabajo
Ministerio del Trabajo

PARA VERIFICACIÓN DE DIPLOMAS :
E-mail:hseqinternational@gmail.com Web: www.hseqinternational.com.co
BUREAU VERITAS CERTIFICADO No.CO18.01717 27/06/2017 NTC 6072/2014
Resolucion No.08SE2018220000000030196 DE AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE TRABAJO

famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9006901603

9006901603

330

374

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

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

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
	BELEÑO	CARO	DEINER

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1082909389	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 05 D D

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$828.116	Dirección		Teléf
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañer

19. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer 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
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	29. Parentesco
B1					D D M M A A A A	
B2					D D M M A A A A	
B3					D D M M A A A A	
B4					D D M M A A A A	
B5					D D M M A A A A	

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS
C

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIV

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de ap
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NT	901300853	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	
CARRERA 100 A 135 04	3102757816		BOGOT Mu

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 correcci
...ripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados a
...ondiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realiza
entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Dif
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

Tipo de documento	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.276.637

MONDRAGON GARCIA

APELLIDOS

NELCY ALEJANDRA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ABR-1996

SAN LUIS DE GACENO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-MAY-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00583013-F-1014276637-20140604 0038930961A 2 42231022

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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	1014276637
Nombre:	NELCY ALEJANDRA MONDRAGON GARCIA
Fecha Ingreso:	26/07/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	25/07/2019 11:35:33 p.m.

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 25-07-2019	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:		RESIDENTE DE OBRA		Sección:					

1 Apellido: MONDRAGON	2 Apellido GARCIA	Nombre NELCY ALEJANDRA	CC: 1014276637	FN: 21-04-1996	
Edad: 23	Sexo: F	Estado Civil: SOLTERA	Escolaridad: PROFESIONAL	Dirección: CRA 71 C NUMERO65 B- 57	Tel / Cel: 3226276928
EPS: COMFAMILIAR HUILA		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		APTO	X	NO APTO	
REUBICAR							

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		ALCOHOLIMETRIA	
LABORATORIOS:						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO RESIDENTE DE OBRA
- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
-

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

Edwin Ortiz

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:

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) **NELCY ALEJANDRA MONDRAGON GARCIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,014,276,637**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

900690160 3

9006901603

1718274

Fecha de radicación: 26 07 2019

335
279

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

6. Apellidos y nombres			
MONDRAGON	GARCIA	NELCY	ALEJANDRA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1014276637	Femenino [X] Masculino [ ]	21 04 1996

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	
Departamento	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Barrio/vereda

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

39. Ubicación				
CARRERA 100 A 135 04	3102757816	Dirección	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

48. 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 otra entidad responsable para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad responsable para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte de inicio de suspensión [ ] 17. Reporte de levantamiento de suspensión [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha de novedad
				26 07 2019

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar a la que estuvo afiliado

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 barreras de lenguaje mayor o caso fortuito que impiden 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.

VIII. FIRMAS

54. El solicitante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PAS [ ] 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 custodia judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la petición de la patria potestad o el testimonio de delincuencia de los padres o la providencia judicial en la cual se otorgue sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización suscrita por parte de la Red Administrativa Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para manejar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acta administrativa o providencia de los ascendientes competentes en la que conste la ausencia de beneficiarios o se declare la adopción de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Observaciones:
		CARGO: RESIDENTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

ANVERSO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.079.690.056
MARTINEZ MARTINEZ
APELLIDOS
YIMIS
NOMBRES

Yimys Martinez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1999
EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-FEB-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00896596-M-1079690056-20170412 0054929955A 2 46976519

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 25-07-2019	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:	AYUDANTE			Sección:					

1 Apellido: MARTINEZ	2 Apellido MARTINEZ	Nombre YIMIS		CC: 1079690056	FN: 06-02-1999
Edad: 20	Sexo: M	Estado Civil: CASADO	Escolaridad: PRIMARIA	Dirección: CRA 7- 36 14 A SUR	Tel / Cel: 3209610687
EPS: SANITAS		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		ALCOHOLIMETRIA	
LABORATORIOS:						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO AYUDANTE
- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
-

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:

338

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) **YIMIS MARTINEZ MARTINEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,079,690,056**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

339

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT 830.391.440-6

No. de Radicación | Fecha de radicación: 26 07 2019

115077986

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliado: 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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MARTINEZ	MARTINEZ	YIRIS	

7. Tipo de documento de identidad: CN; TI; CE; CD; RC; CC X; PA; SC
8. Número del documento de identidad: 1079690056
9. Sexo: Femenino; Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 06 02 1999

III. 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: $ 828116

Residencia
Dirección: K 7 36 14 A SUR
Teléfono Fijo:
Teléfono Celular: 3209610687
Correo Electrónico: r.humanoolmo@gmail.com
Municipio / Distrito: Bogota D.C
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

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: 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				

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	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

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

Certificación de Servicios

CON & CON INGENIERIA S.A.S

CONSTRUCCIÓN & CONSULTORÍA INGENIERÍA S.A.S

Número de Aprobación 08SE2018220000000019557

En cumplimento a la Resolución No. 1178 del 28 de Marzo de 2017 del Ministerio de Trabajo

Hace Constar que:

YIMIS MARTINEZ MARTINEZ

C.C. 1079690056 de Bogota - Cundinamarca

Cursó y Aprobó la Acción de Formación:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Nivel REENTRENAMIENTO, 20 Horas Educacion Informal

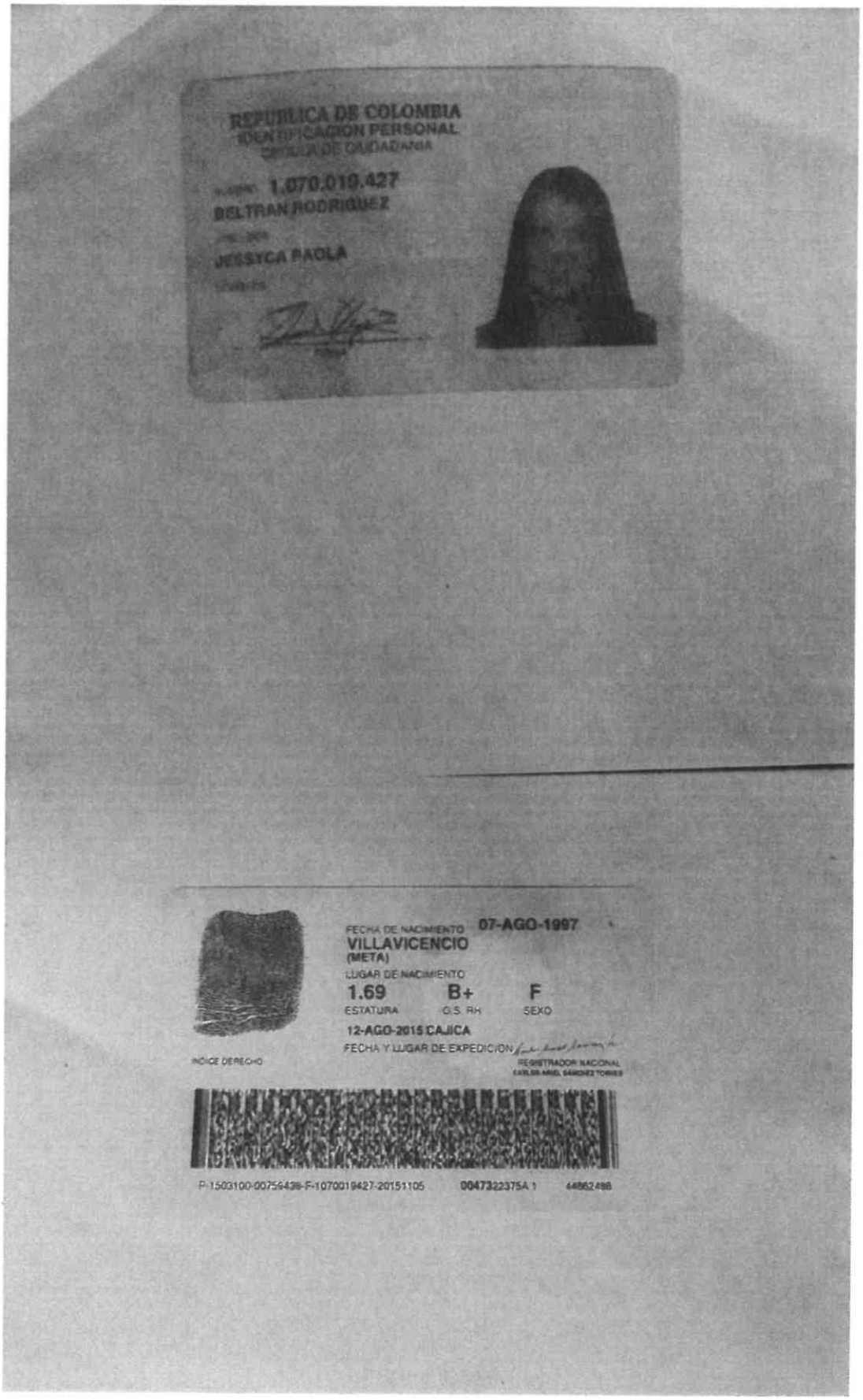
El anterior curso fue dictado en la ciudad de Neiva desde 30 de Octubre del 2018 a 1 de Noviembre del 2018

GUSTAVO ANTONIO HOLLAYOS GONZALEZ
ENTRENADOR SENA CC 1665 DE 2012

ADRIANA TIERRADENTRO OLIVEROS
Representante Legal

Registro No. 5661

Verificar la validez del presente certificado en www.conyconingenieria.com


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.070.019.427
BELTRAN RODRIGUEZ
JESSYCA PAOLA
FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1997
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
12-AGO-2015 CAJICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1503100-00756438-F-1070019427-20151105 0047322375A 1 44862488

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	1070019427
Nombre:	JESSYCA PAOLA BELTRAN RODRIGUEZ
Fecha Ingreso:	26/07/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	25/07/2019 11:40:15 p.m.

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 25-07-2019	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:	RESIDENTE DE OBRA			Sección:				

1 Apellido: BELTRAN	2 Apellido RODRIGUEZ	Nombre JESSYCA PAOLA	CC: 1070019427	FN: 07-08-1997	
Edad: 22	Sexo: F	Estado Civil: SOLTERA	Escolaridad: UNIVERSITARIO	Dirección: CALLE 11 1 A ESTE	Tel / Cel: 3132072451
EPS: SANITAS		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		ALCOHOLIMETRIA	
LABORATORIOS:						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO RESIDENTE DE OBRA
- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
-

Dr. Edwar Ortiz Medico Cirujano Esp. Salud Ocupacional Resolución 6068	La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.
FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA RESOLUCION 6068	Firma y huella del Trabajador C.C:

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) **JESSYCA PAOLA BELTRAN RODRIGUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,070,019,427**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación: | Fecha de Radicación: 27 07 2019

115077986

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual. Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	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 IDENTIFICACION (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
DELTRAN	RODRIGUEZ	Jessyca	PAOLA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1070079427	Femenino X Masculino	07 08 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F 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

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Calle 11 Garcia 1A Este	2907155

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3132079451	r.humanodiaz@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogota DC	Urbana X Rural		Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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
CN TI CE CD RC CC PA SC		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				

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	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			

346

790

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación	37. Número del documento de identificación
Olmo Ingeniería y Construcción SAS	NIT X TI CE CC PA CD	901300853-1

38. Ubicación
Dirección: Carrera 100 134 05 — Teléfono Fijo: 2807155

Correo Electrónico: s.humano@olmo@gmail.com — Municipio / Distrito: Bogotá D.C — Departamento: Cundinamarca

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.
- [ ] 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 (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
CN RC TI CC CE PA CD SC		Femenino Masculino		26 07 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 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 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 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 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	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Jesica Beltran Rodaveza	Diego Leandro Millon V.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad. CN RC TI CC PA 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. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.232.588.330
BEJARANO OROZCO
APELLIDOS
JEAN CARLOS
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1996
ARAGUA-PALO NEGRO
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

13-NOV-2016 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2500100-01077700-M-1232588330-20190626 0065596604A 1 9909061539

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 25-07-2019	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:		AYUDANTE		Sección:					

1 Apellido: BEJARANO	2 Apellido OROZCO	Nombre JEAN CARLOS	CC:	FN: 24-02-1996	
Edad: 23	Sexo: M	Estado Civil: SOLTERO	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CRA 7 1 25 SUR	Tel / Cel: 3012085252
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		ALCOHOLIMETRIA	
LABORATORIOS:						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO AYUDANTE
- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
-

Dr. Edwar Orbe Rodriguez
Medico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Resolución 6068

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:

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	1232588330
Nombre:	JEAN CARLOS BEJARANO OROZCO
Fecha Ingreso:	25/07/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	24/07/2019 02:45:22 p.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciar

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

No. DE RADICACIÓN: 5002156626

Fecha de Radicación: 24 07 2019

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. Colectiva [ ] 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: Bejarano	Segundo apellido: OROZCO	Primer nombre: Jean	Segundo nombre: Carlos

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1232588330	Femenino [ ] Masculino [X]	24 02 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18. Residencia			
Dirección: Cr 7 125	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3012805252	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: BOGOTA D.C	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 S.A. Unidad Promotora de Afiliación Validado para Contratación

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	N	M	Tipo	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 (empleador de pensiones a registrar por la EPS)
OCHO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901300853-1	

39. Ubicación					
Dirección: Cra 100A 135 04	Teléfono: 2807155	Correo electrónico: t.humano@ochoingenieria.com	Municipio/Distrito: BOGOTA	Departamento: CUNDINAMARCA

ORIGINAL EPS

FORMULARIO V 1.1-2018

351
795

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) **JEAN CARLOS BEJARANO OROZCO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,232,588,330**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS SEGÚN RESOLUCIÓN 1178 Y 1409.

En cumplimiento de la resolución 1173 del 2018, resolución 1409 del 2012, NTC 6072 del 2014 y demás normas aplicables en Colombia para trabajos en alturas.

CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS S.A.S

NIT:900.992.376-4

CERTIFICA QUE

BEJARANO OROZCO JEAN CARLOS

Identificado con CC No: 1232588330

Realizó el curso de trabajo seguro en alturas en el nivel de: REENTRENAMIENTO AVANZADO con una intensidad horaria de 20 HORAS

El día: 07 DE ABRIL DEL 2019 en la ciudad de Bogotá

Este certificado está registrado bajo el código único de No MIN-2019-1883 y debe verificarse únicamente en la página web: WWW.CERTIFICACIONESDEALTURAS.COM.

Certificados de Alturas y Servicios s.a.s
Nit: 900.992.376-4
R.L: Dimas Salomón Quintero Chasqui
Certificación No CO18.01301 del 2018, LSO No 0028 del 2017

Winter Eslay Vergara Arrieta
Cédula No 10.887.539
LSO No RES. 3482 del 2013
Entrenador para Trabajo Seguro en Alturas

La veracidad de este documento se puede constatar a través de la página web WWW.CERTIFICACIONESDEALTURAS.COM, E-MAIL VERIFICARCERTIFICADOSDEALTURAS@GMAIL.COM, TELEFONO 3112344801, con su respectivo número de identificación.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran antes de diligenciar este formulario

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

No. DE RADICACIÓN 5002156626

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.
- ☐ 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.

ALIANZA TOTAL EPS Dirección Nacional de Salud

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad ☐		Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha 24 07 2019
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 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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con 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

Jean Carlos Bejarano D.	Diego Leandro Hillon
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ 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. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación		
Tipo documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

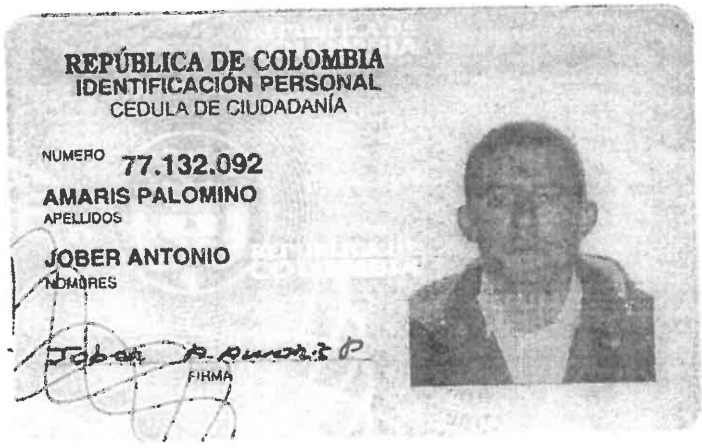
OBSERVACIONES:

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

ORIGINAL EPS

F385-RVA V 1 1-2016

354
748



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 77.132.092

AMARIS PALOMINO
APELLIDOS

JOBER ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1977

SAN MARTIN
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

03-OCT-1996 SAN MARTIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00683194-M-0077132092-20170215 0053629175A 1 9998881116

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	77132092
Nombre:	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO
Fecha Ingreso:	25/07/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	24/07/2019 02:26:02 p.m.

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 25-07-2019	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:		OFICIAL		Sección:				

1 Apellido: AMARIS	2 Apellido PALOMINO	Nombre JOBER ANTONIO	CC: 77132092	FN: 25-02-1977

Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Dirección:	Tel / Cel:
42	M	UNION LIBRE	PRIMARIA	CRA 87 B 88 73	3136013643

EPS	FAMISANAR	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	X	ALCOHOLIMETRIA	
LABORATORIOS:						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO OFICIAL
- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
-

Dr. Edwar Ortiz Rodriguez
Medico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Resolucion 6068

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:

357

861

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) **JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **77,132,092**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS SEGÚN RESOLUCIÓN 1178 Y 1409.

En cumplimiento de la resolución 1178 del 2018, resolución 1409 del 2012, NTC 6072 del 2014 y demás normas aplicables en Colombia para trabajos en alturas.

CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS S.A.S

NIT:900.992.376-4

CERTIFICA QUE

AMARIS PALOMINO JOBER ANTONIO

Identificado con CC No: 77132092

Realizó el curso de trabajo seguro en alturas en el nivel de: REENTRENAMIENTO AVANZADO con una intensidad horaria de 20 HORAS

El día: 07 DE ABRIL DEL 2019 en la ciudad de Bogotá

Este certificado está registrado bajo el código único de No MIN-2019-1882 y debe verificarse únicamente en la página web: WWW.CERTIFICACIONESDEALTURAS.COM.

Certificados de Alturas y Servicios s.a.s
Nit: 900.992.376-4
R.L: Dimas Salomón Quintero Chasqui
Certificación No CO18.01301 del 2018, LSO No 0028 del 2017

Winter Eslay Vergara Arrieta
Cédula No 10.887.539
LSO No RES. 3482 del 2013
Entrenador para Trabajo Seguro en Alturas

La veracidad de este documento se puede constatar a través de la página web WWW.CERTIFICACIONESDEALTURAS.COM, E-MAIL VERIFICARCERTIFICADOSDEALTURAS@GMAIL.COM, TELEFONO 3112344801, con su respectivo número de identificación.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9007214653

9007214653

1795819?

Fecha de Radicación: 24 07 2019

359

96

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran antes del 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	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	B. Colectivo		C. Beneficiario	C. Pensionado	
	C. Institucional				
	D. De oficio				

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

6. Apellidos y nombres			
AMARIS	PALOMINO	JOBER	ANTONIO
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	77132092	Femenino [X] Masculino [ ]	D D M M A A A A: 25 02 1977

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 móvil	
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento	

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	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			Zona				
	F	N	M	T	P	Municipio / Distrito	Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
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		
D		
E		
F		

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

36. 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	NIT	901300853		
39. Ubicación				
CARRERA 100 A 135 04	3102757816	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

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 Reactivación 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 actividad de los condiciones para cotizar [X] 10 Terminación de la relación laboral o cambio 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 Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha novedad 24 07 2019	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales
47. Declaración de la no cotización de alguno 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 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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o pensionado	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad. CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] 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 decreta el divorcio, sentencia judicial que declara 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

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 OBRA
71. Firma del funcionario		

VERSIÓN APROBADA Supersalud

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.033.120.481
CASSIANI CUETO

APELLIDOS
LUIS ANGEL

NOMBRES



Luis Angel Cassiani Cueto
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-FEB-1995
ARAGUA-LIBERTADOR
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

26-SEP-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01030924-M-1033120481-20180810 0062256169A 2 9905102311

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	1033120481
Nombre:	LUIS ANGEL CASSIANI CUETO
Fecha Ingreso:	25/07/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	24/07/2019 02:47:58 p.m.

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL
CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 25-07-2019	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:	AYUDANTE			Sección:				

1 Apellido: CASSIANI	2 Apellido CUETO	Nombre LUIS ANGEL	CC: 1033120481	FN: 21-02-1995	
Edad: 24	Sexo: M	Estado Civil: SOLTERO	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CRA 7 1 25 SUR	Tel / Cel: 3012085252
EPS: FAMISANAR		ARL:		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		ALCOHOLIMETRIA	
LABORATORIOS:						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO AYUDANTE
- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
-

Dr. Edwar Orbes ...	La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.
FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA RESOLUCION 6068	Firma y huella del Trabajador C.C:

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 ANGEL CASSIANI CUETO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,033,120,481**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

NIT 830.003.564-7

9007973641

1745452

Fecha de radicación: 24 07 2019

363

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación B. Reporte de Novedades: X	A. Individual, • Cotizante o cabeza de Familia: X • Beneficiario o afiliado adicional B. 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 nombres			
Primer Apellido: CASSIANI	Segundo Apellido: CUETO	Primer Nombre: LUIS	Segundo Nombre: ANGEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1033120481	Femenino: X Masculino:	21 02 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo / Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				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	Localidad / Comuna	Departamento	

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	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	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 Privada

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C.		
Cambio de IPS		

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	NIT	901300853	

39. Ubicación				
CARRERA 100 A 135 04	3102757816	Dirección electrónica	BOGOTA (Municipio / Distrito)	DISTRITO CAPITAL (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 actuación de condicionado 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. Traslador A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte de la inicio de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				D D M M A A A A	24 07 2019

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de barreras de fuerza mayor o caso fortuito que impiden 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 genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con 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

52. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC TMF CE CIP 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 ausencia por el juzgado 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 declare 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 de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

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

71. Firma del funcionario

USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.126.119.523**

ALVARADO RUIDIAZ

APELLIDOS

OMAR JESID

NOMBRES

Omar Alvarado

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ABR-1994**

GUAMAL
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-AGO-2012 CON MACHIQUES VEN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-8881530-01074929-M-1126119523-20190513 **0065**291609A 1 9908080078

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	1126119523
Nombre:	OMAR YESID ALVARADO RUIDIAZ
Fecha Ingreso:	25/07/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	24/07/2019 02:29:19 p.m.

366

511

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 25-07-2019	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:		AYUDANTE		Sección:					

1 Apellido: ALVARADO	2 Apellido RUIDIAZ	Nombre OMAR JESID		CC: 1126119523	FN: 28-04-1994
Edad: 25	Sexo: M	Estado Civil: UNION LIBRE	Escolaridad: NOVENO	Dirección: CRA 81 J 57 A SUR	Tel / Cel: 3126646246
EPS: FAMISANAR		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		APTO	X	NO APTO	
REUBICAR							

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		ALCOHOLIMETRIA	
LABORATORIOS:						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

APTO PARA LABORAR COMO

- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
-

Dr. Edwar Ortiz Ortiz
Medico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Resolución 6068

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:

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) **OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,126,119,523**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio 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

ALVARADO RUIDIAZ OMAR JESID

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NUMERO 1126119523

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

TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

Realizado desde el 18 hasta el 19 de Mayo del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C. con una intensidad de 20 horas

La presente certificación se emite a los 19 días del mes de mayo del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C.
Consecutivo de registro Nº PPG- 1126119523

VICTOR ALFONSO AGRAY PARRA.
Licencia S.O. Nº 2910 14 Marzo 2013
Entrenador T.S.A.

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

NTC 6072 2014
BUREAU VERITAS
Certification
CO18 01561

Aprobación del Ministerio de Trabajo Nº
08SE2017220000000023374

La autenticidad de este documento puede ser validad en la pagina www.asvertical.com.co Calle 44 d sur 72-05 Tel.: 4 67 70 22

NIT 830.003.564-7

9007084621

17556023

Fecha de Radicación: 24 07 2019

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [X] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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	ALVARADO	RUIDIAZ	OMAR	JESID

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1126119523
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 28 04 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A
16. Administradora de pensiones:
17. Ingreso base de cotización - IBC: $828.116
18. Residencia: Zona Urbana [ ] Rural [ ]

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

19. Apellidos y nombres
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
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	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	T	P	Parentesco	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)
B1		
B2		
B3		

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

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

39. Ubicación			
CARRERA 100 A 135 04	3102757816	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación de otros datos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Suspensión por no pago en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reactivación en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiario o de afiliado adicional [ ] 8. Exclusión de beneficiario o de afiliado adicional [ ] 9. Terminación de la relación laboral o aportante no cumple con los requisitos para ser cotizante [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para ser cotizante [ ] 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 Nacimiento [ ] 16. Retiro del menor de edad por mayoría de edad [ ] 17. Retiro de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Retiro de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad: 24 07 2019

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependientes económicos de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliar 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 relevancia del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS analice 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 vigilada 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.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC CE PA SC
Cotizante [ ] 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 jurada con el anexo sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

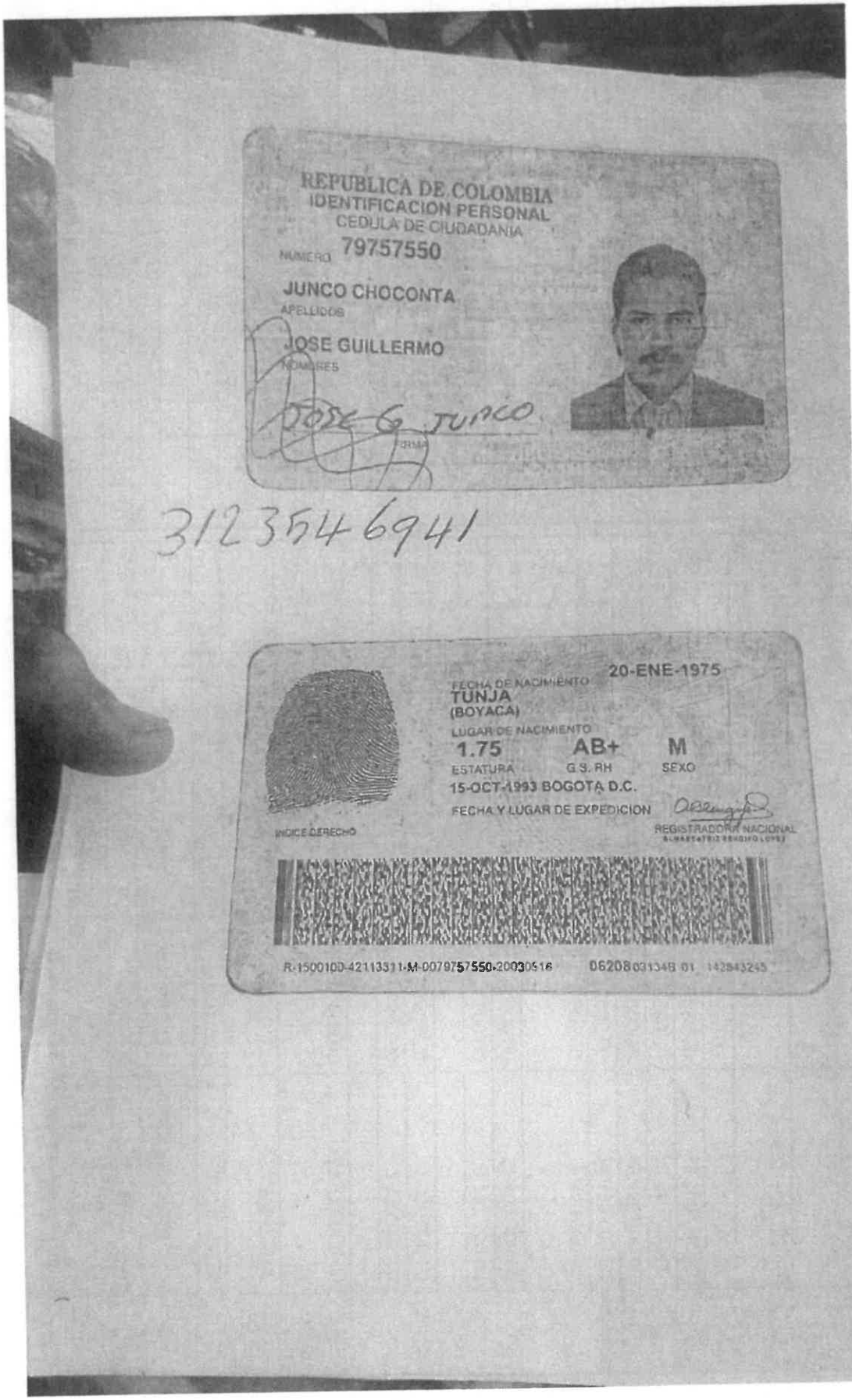
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de validación	69. Fecha de validación

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

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

71. Firma del funcionario


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79757550
JUNCO CHOCONTA
APELLIDOS
JOSE GUILLERMO
NOMBRES
JOSE G JUNCO
FIRMA
3123546941
FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1975
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
AB+
G.S. RH
M
SEXO
15-OCT-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
R-1500100-42113311-M-0079757550-20030516 06208031348 01 142843245

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	79757550
Nombre:	JOSE GUILLERMO JUNCO CHOCONTA
Fecha Ingreso:	27/07/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	26/07/2019 04:59:29 p.m.

372

817

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 26-07-2019	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:	MAESTRO DE OBRA		Sección:						

1 Apellido: JUNCO	2 Apellido CHOCONTA	Nombre: JOSE GUILLERMO	CC: 79757550	FN: 20/01/1975	
Edad: 44	Sexo: M	Estado Civil: SOLTERO	Escolaridad: PRIMARIA	Dirección: CARRERA 8 ESTE 89 08 SUR	Tel / Cel: 3123546941
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: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS:					

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

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

Dr. Edwar Ortiz Rodriguez
Med Ocup - Laboral
Esp. Salud Ocupacional
Resolución 6068

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:

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 GUILLERMO JUNCO CHOCONTA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **79,757,550**, 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 Julio de 2019.

Gerente de Clientes

374

B19

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran antes de diligenciar

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

No. DE RADICACIÓN: 5002156626

Fecha de Radicación: 19 03 2019

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. Colectiva [ ] 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: Tonco | Segundo apellido: Choconta | Primer nombre: Jose | Segundo nombre: Guillermo
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 79757550
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 10 01 1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia: [ ]
12. Discapacidad: Tipo [I N M] Condición [T F]
13. Puntaje SISBÉN: [ ]
14. Grupo de población especial: [ ]
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL: Colpatria
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización -IBC: $ 828116
18. Residencia: Dirección: Cr 8 este 89 08 Sur | Teléfono Fijo: | Teléfono Celular: 3123546941 | Correo electrónico: r.humanoolmo@gmail.com
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 Funcional de Salud Validado para Radicación

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	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: Almo ingenieria y construccion SAS
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901300853 - 1
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: carrera 100 1B 50 04 | Teléfono: 2807151 | Correo electrónico: r.humanoolmo@gmail.com | Municipio/Distrito: BOGOTA DC | Departamento: C/MARCA

ORIGINAL EPS

FSRS-RVA V 1.1-2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran antes de diligenciarlo

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

No. DE RADICACIÓN 5002156626

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.
- ☐ 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.

ALIANZA TOTAL EPS Unidad Promotora de Salud Recibido de conformidad

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad ☐		Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha 27 / 04 / 2019
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 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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con 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	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
Jose Jinco Chocontá	Diego Leandro Hillan V.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ 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. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

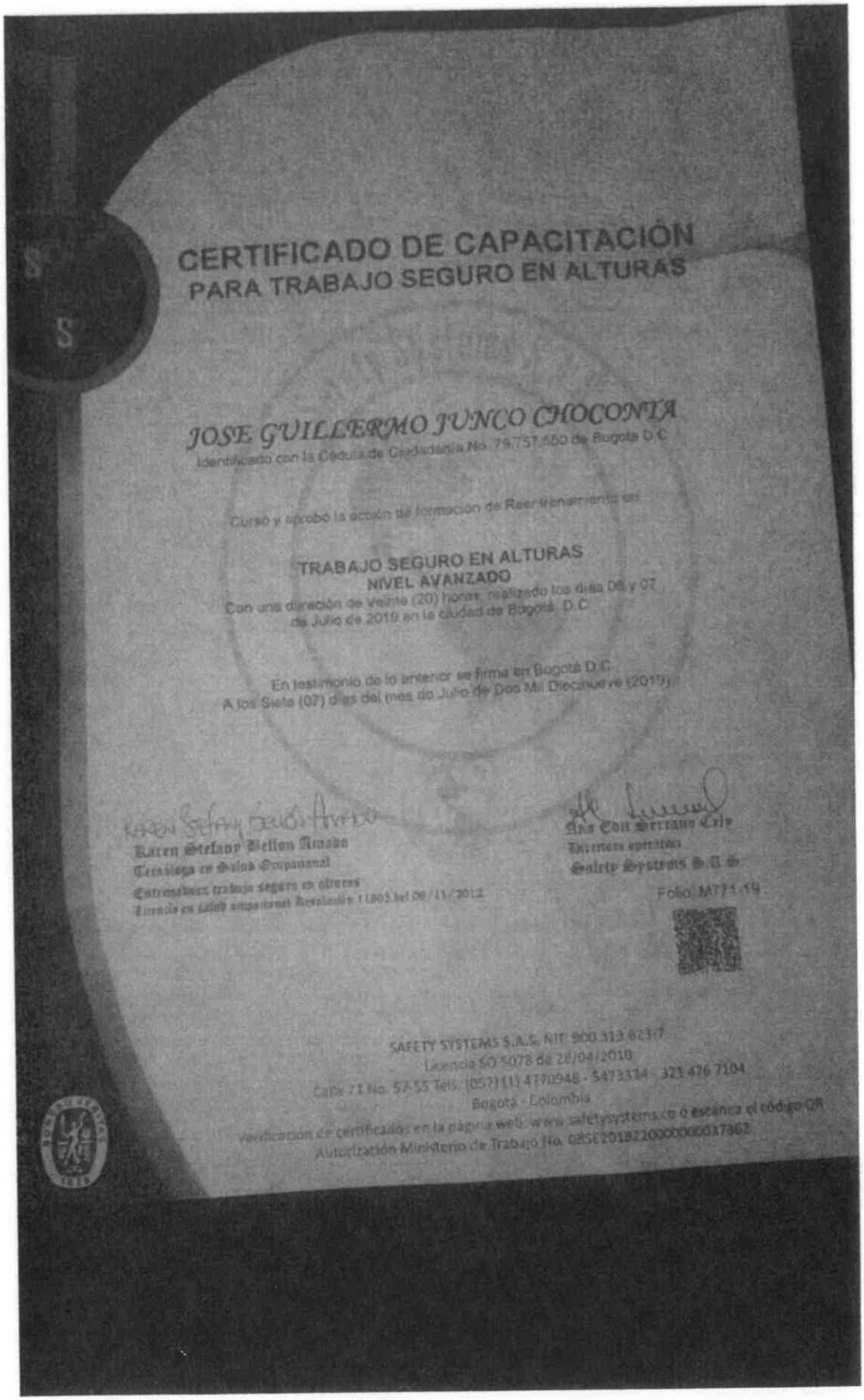
Tipo documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

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.

ORIGINAL EPS

F385-RVA V.1.1-2016



CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN
PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

JOSE GUILLERMO JUNCO CHOCONTA

Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.757.550 de Bogotá D.C

Curso y aprobó la acción de formación de Reentrenamiento en:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
NIVEL AVANZADO

Con una dirección de Veinte (20) horas, realizado los días 06 y 07 de Julio de 2019 en la ciudad de Bogotá, D.C

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C
A los Siete (07) días del mes de Julio de Dos Mil Diecinueve (2019)

Karen Stefany Bellon Amado
Tecnóloga en Salud Ocupacional
Entrenadora trabajo seguro en alturas
Licencia en salud ocupacional Resolución 11805 del 06/11/2012

Ana Constanza Cely
Directora operativa
Safety Systems S.A.S.

Folio: M771-19

SAFETY SYSTEMS S.A.S. NIT: 900.313.623-7
Licencia SO 5078 de 28/04/2010
Calle 71 No. 57-55 Tels: (057) (1) 4770948 - 5473334 - 321 476 7104
Bogotá - Colombia
Verificación de certificados en la página web: www.safetysystems.co o escanea el código QR
Autorización Ministerio de Trabajo No. 08SE2018220000000037362



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.002.497.406
HERNANDEZ ZABALA
APELLIDOS
CARLOS JULIO
NOMBRES

CARLOS JULIO HERNANDEZ
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1994
MAGANGUE
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-ENE-2013 SANTA ANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2107800-00433278-M-1002497406-20130425 0032852007A 1 39078957

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	1002497406
Nombre:	CARLOS JULIO HERNANDEZ ZABALA
Fecha Ingreso:	27/07/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	26/07/2019 04:47:50 p.m.

379

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) **CARLOS JULIO HERNANDEZ ZABALA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,002,497,406**, 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 Julio de 2019.

Gerente de Clientes

380

Bea

I. DATOS DEL TRAMITE

A. AFILIACIÓN

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

Naranjo Zabala Carlos Julio

CC 1002497406

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Axa Colpatria Provenir 928116

Trans 27 # 75-250, Bogotá Bogotá

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS AUTOLIQUIDABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL Y DE OFICIO

Olma Ingeniería NIT. 901300583

CR 100 # 135-09 3027591 Bogotá Bogotá

V. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

27 07 2019

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. SOLO PARA DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

N° 35

27 JUL 2019

KATERINE

381 825

ASESORIAS Y SOLUCIONES VERTICALES S.A.S.

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

HERNANDEZ ZABALA CARLOS JULIO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO 1002497406

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

TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

Realizado desde el 22 de Junio hasta el 23 de Junio del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C. con una intensidad de 20 horas

La presente certificación se emite a los 23 días del mes de Junio del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C.
Consecutivo de registro N° PPG- 1002497406

VICTOR ALFONSO AGUAY PARRA.
Licencia S.O. N° 2921 14 Marzo 2013
Entrenador T.S.A.

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

BUREAU VERITAS Certification

Aprobación del Ministerio de Trabajo N.°
08SE2018220000000025374

La autenticidad de este documento puede ser validada en la pagina asverticalcursosdealturascda.com/ Calle 44 d sur 72-05f
Tel.: 3144707507

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	1007614756
Nombre:	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES
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 03:15:06 p.m.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOSE GIOVANY MATIZ TORRES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,007,614,754**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

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

Gerente de Clientes

HEIGHTS SAFETY TRAINING COMPANY SAS

NIT: 900928416-9 LSST 5252 DE 2016

Resolución SENA: 005595 de 2016

En Cumplimiento De La Resolución 1178 De 2018

Hace constar que

MATIZ TORRES JOSE GIOVANY

C.C. 1007614754

Realizo el curso de entrenamiento en:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS, NIVEL AVANZADO

Con una duración de 40 Horas, cumpliendo con todos los requisitos exigidos legales y normativos

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C. a los 11 días del mes de Marzo De 2019

HST-2018-002719

Certificado único no valido sin sello seco y firma de la empresa

David Arturo Jaramillo Patrón
CC 79.966.917
Representante Legal
HST COMPANY SAS

ALFONSO PACHECO CVALLE
Entrenador de Trabajo Seguro en Alturas
Entrenador e instructor de rescate
Instructor Defensa Civil Colombiana
C.C. 79.241.707
Lic. S.O. 2045 de 2013
Registro Entrenador TSA 13857891

425

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9002587413

1710409 27

Fecha de radicación: 02 08 2019

426

824

I. DATOS DEL TRAMITE

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. Voluntario [ ] 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 nombres			
MATIZ	TORRES	JOSE	GIOVANY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1007614754	Femenino [ ] Masculino [X]	07 04 1991

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					
		Zona Urbana [ ] Rural [ ]			

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

19. Apellidos y nombres			

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

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

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

	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 de contacto	
	F	N	T	P		Urbana	Rural			
01										
02										
03										
04										
05										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
a)		
b)		
c)		

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 pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901300853	

39. Ubicación				
CARRERA 100 A 135 04	3102757816		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de errores en el documento de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la afiliación con la EPS [ ] Código [ ] 6. Reincorporación 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 actividad de pensionado para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de los requisitos 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 Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	02 08 2019

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de barreras de tiempo, espacio 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 y 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. Firma del cotizante, cónyuge de la cabeza de familia

55. Firma del empleado, apoderado o persona responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RCI [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CEX [ ] NIT [ ] 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.

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		

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 OBRA

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.127.661.722
CAICEDO REY
APELLIDOS
VICTOR JOSE
NOMBRES

Jose caicedo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ENE-1981
PANAMERICANO-TACHIRA
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-FEB-2016 CON SAN CARLOS DEL ZULI VEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-8881560-00660921-M-1127661722-20161101 0052047923A 1 45411571