

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS



MANUEL DAVID MURILLO BORJA

Identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.063.291.097 de Montelibano

Cursó y aprobó la acción de formación de:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL AVANZADO

Con una duración de Cuarenta (40) horas, realizado los días 24, 25, 26 y 27 de Abril de 2019
en la ciudad de Bogotá, D.C.

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C.,
a los Veintisiete (27) días del mes de Abril de Dos Mil Diecinueve (2019)

Freddy Alexander Martínez Jiménez
Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo
Entrenador de trabajo seguro en alturas
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolución 10671 de 25/09/2014

Ana Edit Serrano Celis
Directora operativa
Safety Systems S.A.S.

Folio: M549-19



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 ó escanea el código QR
Autorización Ministerio de Trabajo No. 085E201822000000037362

172-2014
BUREAU VERITAS
indicación
del 20 de Agosto 2016



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.101.877.392

LARES MEZA

APELLIDOS
YUNIOR JOSE

NOMBRES
YUNIOR JOSE LARES MEZA




INDICE GENETICO

FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1994
SAN ONOFRE
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-OCT-2012 SAN ONOFRE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION REGISTRADOR NACIONAL
CATOLINA ANGEL GARCIA LOPEZ



P-2022000-01412598 1101877392-20121120 0031718568A 1 -00301413

Dirccio
Sandra Milena 3227192122

Medellín, 04 de Febrero de 2020

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 CARTISAVAL CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número de identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
1111111111	LARES MEZA YUNIOR JOSE	05/02/2020		19001080	DEPENDIENTE
1111111111	VILLADA FRANCO MIGUEL ANTONIO	05/02/2020		16129331	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.ansura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C797133732003557957

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 cotización.

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 04/02/2020 16:09:57

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

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

Dirección IP: 186.84.89.230, 172.16.42.57



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YUNIOR JOSE LARES MEZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.101.877.392**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 04 de Febrero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



No de Radicación

4004775307

Fecha de Radicación

01/01/2010

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo afiliación A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐ Cotizante Cabeza de familia ☒ Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>

A. AFILIACIÓN

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

7. Apellidos y nombres LARES Primer apellido	MEZA Segundo apellido	YUNIOR Primer nombre	JOSE Segundo nombre
8. Tipo documento de identidad CC	9. Número del documento de identidad 1101877392	10. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	11. Fecha de nacimiento 1/9/01/1/9/94

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. Etnia 6	13. Discapacidad Tipo FIN Tipo Condición TIP	14. Puntaje SISBEN	15. Grupo de población especial
16. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	17. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC	18. Ingreso base de cotización - IBC 877803	
19. Residencia DG 146 118 41 Dirección	3227192122 Teléfono celular	JUNIORLARES830@GMAIL.COM Correo electrónico	
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	BOGOTA Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

20. Apellidos y nombres completos Primer apellido Segundo apellido	21. Tipo documento de identidad	22. Número documento identidad	23. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	24. Fecha de nacimiento
---	---------------------------------	--------------------------------	--	-------------------------

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

25. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido	26. Tipo documento de identidad	27. Número de identidad	28. Sexo Femenino Masculino	29. Fecha de nacimiento
---	---------------------------------	-------------------------	--------------------------------	-------------------------

Datos complementarios

30. Parentesco	31. Etnia	32. Discapacidad Tipo Condición	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1 B2 B3 B4 B5			
34. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular
B1 B2 B3 B4 B5			

Selección de la IPS Primaria

35. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS SUBA - VS SUBA	36. Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSSUBA - VSSUBA
B B B B	

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

37. Nombre o razón social CARTISANAL CONSTRUCCIONES SAS	38. Tipo de identificación NIT	39. Número de documento de identificación 901019293	40. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
CR 17 N 4A 37 Dirección	8888111 Teléfono	CARTISAVALCONSTRUCCIONES@OUTLOOK.ES Correo electrónico	RICAURTE Municipio/distrito CUNDINAMARCA Departamento

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

B. REPORTE DE NOVEDADES

J. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la 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 del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha			
☐		Femenino ☐ Masculino ☐				04/02/2020			
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 impidan la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia 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 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 celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

<p>44. <i>Yusel (A) M. 24</i></p> <p>54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</p>	<p>45. <i>Yolbeth Gonzalez</i></p> <p>55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</p>
---	---

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
- Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de Incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la 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 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 SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
☐	☐	☐	☐	☐			
70. Datos funcionario que realiza la validación		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido							
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario					
☐							
Observaciones							

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

Group

2DME S.A.S. - CENTRAL GROUP**CENTRO DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN
PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS PARA TRABAJO EN ALTURAS**

En cumplimiento a las resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017
expedidas por el ministerio de trabajo para orientar formación en
trabajo en alturas

Numero de aprobación del Ministerio de Trabajo
08SE201822000000011969 del 12 de abril de 2018

Certifica que:

Junior Jose Larios Meza

Identificado (a) con cédula de ciudadanía:
1101877392

Cursó y aprobó la formación de:
TSA
NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de
20 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el día
sábado, 30 de Marzo de 2019

Código de verificación
00000000000000000000000000000000



Herth Mauricio Montealegre A.
C.C. 7.714.873
Representante legal

Certificación
BUREAU VERITAS
NTC6072
C.O18.01020

Freddy Andrés Ortiz Naranjo
Freddy Andrés Ortiz Naranjo
Entrenador C.C. 79992362
L.S.O. 9626 de 18/08/2016

Para verificar la autenticidad de este certificado, ingrese a la página
www.centralgroup.com.co o escanee el código QR que aparece en este documento

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.706.598**
CORDOBA MOSQUERA

APELLIDOS
MAXIMO

NOMBRES
CORDOBA MOSQUERA MAXIMO

FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO **29-MAY-1979**

ALTO BAUDO
(CHOCO)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
 ESTATURA

O-
 G.S. RH

M
 SEXO

02-DIC-1997 ISTMINA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0500100-00287746-M-0011706598-20110331 0026472920A 1 6091264460



CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 10/02/2020

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento: NI Número de documento: 1069302094 Cédula Usuario: C 1069302094
Nombre: YEIMMY LENY TALERO REYES
Dirección: CL 99 3 21 ESTE
Departamento: BOGOTA D.C. Municipio: BOGOTA D.C.
Correo electrónico: yeimmytalero86@hotmail.com
Teléfono: 6320591 Tarifa: 6.960
Actividad Económica: 5453002 CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACION DE OLEODUCTOS

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario
C 1069302094

Nombres y Apellidos del Usuario
YEIMMY LENY TALERO REYES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 56	11/02/2020	C 11706598	CORDOBA MOSQUERA MAXIMO	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

5700EE7D377E40EEB2E03C4B35A5E25C

Certificado impreso el día 2/10/2020 10:20:29 PM por el portal de empresas Edesk

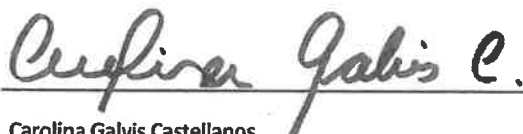
COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) MAXIMO CORDOBA MOSQUERA identificado(a) con C.C No. 11.706.598, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 08 de febrero del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

8. Apellidos y nombre		CORDOBA		MOSQUERA		MAXIMO	
7. Tipo de documento de identidad	9. Número del documento de identidad	11706598	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	29	05	1979
11. Etnia		12. Usucapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
Q				0		INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS	
17. Línea de crédito		18. Rango de crédito		CLL 70 B SUR 20 20		FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLEONDOS	
\$877.803						NT. 3017166922	
				BOGOTA		DISTRITO CAPITAL	

IV DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o socio-partido y/o parentela coherente)			
20. Apellidos y nombres	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afijados administrativos

[illegible]

Categorías					Evaluación	Valor de la UN	Cálculo de la UN	Cálculo de la UN
F	H	A	T	E				
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								
Selección de la UN Primaria								

14. Nivel de la evaluación postdata (N) en el caso de nivel 1: 100

CAFAM CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

1

100

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
28. Nombre o razón social YEIMMY TALERO REYAS	30. Tipo de documento de identificación CC	37. Número del documento de identificación 1069302094	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar en el ITPS)
29. Dedicación CALLE 99 N 3 21 ESTE	6320594 yeimmytalero86@hotmail.	LA CALERA	CUNDINAMARCA
8 REPORTES DE NOVEDADES			

[illegible]

41. Datos Básicos de Identificación		Fecha de nacimiento		Fecha de nacimiento		08 02 2020	
Número del documento de identidad		44 44444444		44 44444444		44 44444444	
43. ¿Soy autor? NINGUNA		44 44444444		44 44444444		44 44444444	

DECLARACIONES Y AUTOGRAFÍAS	
46. Declaración de la existencia de la familia, con los nombres de los hijos.	
47. Declaración de la existencia de los hijos en el Registro Civil correspondiente.	X
48. Declaración de la existencia de los hijos en los libros de familia, con los nombres de los hijos y la fecha de su nacimiento.	X
49. Declaración de la existencia de los hijos en los libros de familia, con los nombres de los hijos y la fecha de su nacimiento.	X
50. Declaración de la existencia de los hijos en los libros de familia, con los nombres de los hijos y la fecha de su nacimiento.	X
51. Declaración de la existencia de los hijos en los libros de familia, con los nombres de los hijos y la fecha de su nacimiento.	X
52. Declaración de la existencia de los hijos en los libros de familia, con los nombres de los hijos y la fecha de su nacimiento.	X
53. Declaración de la existencia de los hijos en los libros de familia, con los nombres de los hijos y la fecha de su nacimiento.	X

Códigos		Códigos						
50	51	52	53	54	55	56	57	58
50. Aproximación del documento de trabajo	51. Aproximación del documento de trabajo	52. Aproximación del documento de trabajo	53. Aproximación del documento de trabajo	54. Aproximación del documento de trabajo	55. Aproximación del documento de trabajo	56. Aproximación del documento de trabajo	57. Aproximación del documento de trabajo	58. Aproximación del documento de trabajo
59. Copia del documento de trabajo	60. Copia del documento de trabajo	61. Copia del documento de trabajo	62. Copia del documento de trabajo	63. Copia del documento de trabajo	64. Copia del documento de trabajo	65. Copia del documento de trabajo	66. Copia del documento de trabajo	67. Copia del documento de trabajo

66. Id. identificación de entidad territorial (Comunidad o municipio) <input type="text"/> <input type="text"/>		67. Datos del CUSEÁN Municipio de la zona <input type="text"/> <input type="text"/>		68. Fecha de validación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
69. Datos del funcionario que elaboró la validación <input type="text"/> <input type="text"/>		70. Datos del funcionario que validó la validación <input type="text"/> <input type="text"/>		71. Fecha de validación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		OBSERVACIONES:	
72. Firma del funcionario <input type="text"/>		CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION			

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738931

CERTIFICADO LABORAL
EMPRESA: RODRIGO TALERO

FECHA 27/01/2020 09:42:59

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓

POS-OCUPACIONAL O EGRESO
PERIÓDICO
NOMBRE Y APELLIDO: MAXIMO CORDOBA MOSQUERA

C.C 11706598

EDAD 40 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ✓

Visiometría ✓

Optometría

Audiometría ✓

Espirometría

Exámenes de laboratorio

SI ✓ NO

Glic ✓ Col ✓

Triglic ✓ Otros

¿Cuáles?

Énfasis Osteomuscular ✓

Otros

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO
LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ✓
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

SI NO NA

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

✓

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

✓

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION
USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI NO ¿Cuál?

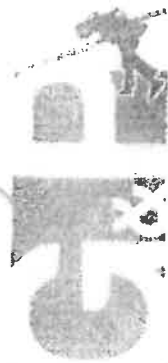
MAXIMO CORDOBA M

FIRMA DEL PACIENTE

Didier J. Rincón Castro
Didier J. Rincón Castro
 Médico Cirujano C. 2392301
 Lic. C. 2392301

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX: 278 4705 FAX: 239 2301 Bogotá, D.C.
E-mail: clinisurips1@gmail.com www.clinisurips.com



NTC 6072

Número de Aprobación MINTRABAJO 08SE201922000000004887
Licencia de Seguridad en el Trabajo N° 14919 del 28 de Noviembre de 2018

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en las Alturas

Según Resolución 1179 del 28 de Marzo del 2017, Resolución 1409 del 23 de Julio de 2012 del Ministerio del Trabajo y Certificado por ICONTEC en la norma de calidad NTC 6072 con código CS-CER658332
CERTIFICA QUE:

MAXIMO CORDOBA MOSQUERA

Con identificación N° 11706598

Asistió y aprobó la formación en el nivel:

REENENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de 20 horas realizadas en Bogotá D.C desde

El 01 DE ABRIL DE 2019 hasta el 02 DE ABRIL de 2019

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Representante Legal

Especialista en Gerencia de Riesgos Laborales



Jaime Arley Vait
JAIME ARLEY VAIT RCEL BAYONA
Entrenador (a) Trabajo Seguro en Alturas
N° de Licencia 25-0836 DE 2018

CODIGO REF: 2019040215

Se expide en Bogotá, D.C en la calle 11 N. 67a - 20 el 02 DE ABRIL DE 2019

La autenticidad de este documento puede ser verificada en www.ryspaseguridad.com EMAIL: certificacion@ryspsseguridad.com TELÉFONOS: 9260685 - 3123395572

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.323.647

MENDOZA VILLEGAS

APELLIDOS

GEIBER

NOMBRES

Geiber Mendoza

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-1986

ARJONA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

22-DIC-2006 ARJONA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-0500700-00916304-M-1007323647-20170701

0056049797A 1

9910053050



CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 11/02/2020

266.

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento: NI Número de documento: 79270145 Cédula Usuario: C 79270145
Nombre: RODRIGO TALERO BARRERO
Dirección: KR 3 N 6 17 IN 4
Departamento: BOGOTA D.C. Municipio: BOGOTA D.C.
Correo electrónico: yeimmytalero87@hotmail.com
Teléfono: 8789302 Tarifa: 6.960
Actividad Económica: 5454302 TRABAJOS DE INSTALACION DE EQUIPOS LAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE CONSTRUCCION NECESARIAS PARA HABILITAR LAS EDIFICACIONES Y LAS OBRAS CIVILES

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario Nombres y Apellidos del Usuario
C 79270145 RODRIGO TALERO BARRERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 35	12/02/2020	C 1007323647	MENDOZA VILLEGAS GEIBER	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

A2AD0F62D5866EA119F00DCDEC4F36ED

Certificado impreso el día 2/11/2020 1:47:27 PM por el portal de empresas Edesk



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.998-6

CERTIFICA QUE:

GEIBER MENDOZA VILLEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.323.647**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Febrero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite
A. N.º de
U. Respons. de la familia

2. Tipo de afiliación
A. Afiliación
B. Afiliación

Los datos personales que se encuentran en el formulario son de carácter personal

3. Régimen
A. Contribuyente
B. Contribuyente

4. Tipo de afiliado
A. Contribuyente
B. Contribuyente

5. Tipo de afiliado
A. Contribuyente
B. Contribuyente

11 | 02 | 2020

Código de verificación de la F. 10

6. Apellidos y nombres **MENDOZA**

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

VILLEGAS

GEIBER

7. Tipo de documento de identidad

CC

1007323647

15

10

1986

11. Sexo

M

12. Fecha de nacimiento

10/02/1986

13. Puntos SISBEN

14

15. Grupo de vulnerabilidad

1

16. Adm. de seguros de vida

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

17. Ingresos básicos de cotización - IBC

\$877.803

18. Residencia

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanentemente conviviente)

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

23. Fecha de nacimiento

24. Puntos SISBEN

25. Grupo de vulnerabilidad

26. Adm. de seguros de vida

27. Ingresos básicos de cotización - IBC

28. Residencia

29. Apellidos y nombres

30. Tipo de documento de identidad

31. Número del documento de identidad

32. Sexo

33. Fecha de nacimiento

34. Puntos SISBEN

35. Grupo de vulnerabilidad

36. Adm. de seguros de vida

37. Ingresos básicos de cotización - IBC

38. Residencia

39. Tipo de documento de identidad

40. Número del documento de identidad

41. Sexo

42. Fecha de nacimiento

43. Puntos SISBEN

44. Grupo de vulnerabilidad

45. Adm. de seguros de vida

46. Ingresos básicos de cotización - IBC

47. Residencia

48. Tipo de documento de identidad

49. Número del documento de identidad

50. Sexo

51. Fecha de nacimiento

52. Puntos SISBEN

53. Grupo de vulnerabilidad

54. Adm. de seguros de vida

55. Ingresos básicos de cotización - IBC

56. Residencia

57. Tipo de documento de identidad

58. Número del documento de identidad

59. Sexo

60. Fecha de nacimiento

61. Puntos SISBEN

62. Grupo de vulnerabilidad

63. Adm. de seguros de vida

64. Ingresos básicos de cotización - IBC

65. Residencia

66. Tipo de documento de identidad

67. Número del documento de identidad

68. Sexo

69. Fecha de nacimiento

70. Puntos SISBEN

71. Grupo de vulnerabilidad

72. Adm. de seguros de vida

73. Ingresos básicos de cotización - IBC

74. Residencia

75. Tipo de documento de identidad

76. Número del documento de identidad

77. Sexo

78. Fecha de nacimiento

79. Puntos SISBEN

80. Grupo de vulnerabilidad

81. Adm. de seguros de vida

82. Ingresos básicos de cotización - IBC

83. Residencia

84. Tipo de documento de identidad

85. Número del documento de identidad

86. Sexo

87. Fecha de nacimiento

88. Puntos SISBEN

89. Grupo de vulnerabilidad

90. Adm. de seguros de vida

91. Ingresos básicos de cotización - IBC

92. Residencia

93. Tipo de documento de identidad

94. Número del documento de identidad

95. Sexo

96. Fecha de nacimiento

97. Puntos SISBEN

98. Grupo de vulnerabilidad

99. Adm. de seguros de vida

100. Ingresos básicos de cotización - IBC

101. Residencia

102. Tipo de documento de identidad

103. Número del documento de identidad

104. Sexo

105. Fecha de nacimiento

106. Puntos SISBEN

107. Grupo de vulnerabilidad

108. Adm. de seguros de vida

109. Ingresos básicos de cotización - IBC

110. Residencia

111. Tipo de documento de identidad

112. Número del documento de identidad

113. Sexo

114. Fecha de nacimiento

115. Puntos SISBEN

116. Grupo de vulnerabilidad

117. Adm. de seguros de vida

118. Ingresos básicos de cotización - IBC

119. Residencia

120. Tipo de documento de identidad

121. Número del documento de identidad

122. Sexo

123. Fecha de nacimiento

124. Puntos SISBEN

125. Grupo de vulnerabilidad

126. Adm. de seguros de vida

127. Ingresos básicos de cotización - IBC

128. Residencia

129. Tipo de documento de identidad

130. Número del documento de identidad

131. Sexo

132. Fecha de nacimiento

133. Puntos SISBEN

134. Grupo de vulnerabilidad

135. Adm. de seguros de vida

136. Ingresos básicos de cotización - IBC

137. Residencia

138. Tipo de documento de identidad

139. Número del documento de identidad

140. Sexo

141. Fecha de nacimiento

142. Puntos SISBEN

143. Grupo de vulnerabilidad

144. Adm. de seguros de vida

145. Ingresos básicos de cotización - IBC

146. Residencia

147. Tipo de documento de identidad

148. Número del documento de identidad

149. Sexo

150. Fecha de nacimiento

151. Puntos SISBEN

152. Grupo de vulnerabilidad

153. Adm. de seguros de vida

154. Ingresos básicos de cotización - IBC

155. Residencia

156. Tipo de documento de identidad

157. Número del documento de identidad

158. Sexo

159. Fecha de nacimiento

160. Puntos SISBEN

161. Grupo de vulnerabilidad

162. Adm. de seguros de vida

163. Ingresos básicos de cotización - IBC

164. Residencia

165. Tipo de documento de identidad

166. Número del documento de identidad

167. Sexo

168. Fecha de nacimiento

169. Puntos SISBEN

170. Grupo de vulnerabilidad

171. Adm. de seguros de vida

172. Ingresos básicos de cotización - IBC

173. Residencia

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional **LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Empresa: Rodrigo Talego	Nit:	Fecha: 10/02/2020
Pre Ocupacional o Ingreso ☒	Posocupacional Egreso _____	Periódico _____
Nombres Y Apellido:	Geiber Mendoza Villegas	CC... 1007323647
Edad: 33 años	Sexo: M	Cargo : oficial
Peso: 66 kg	Altura: 165 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional:	Exámenes de Laboratorio:	Si ☒ No _____
Visiometría ☒	Glic: ☒ Col: ☒	Trigi ☒ otros _____
Audiometría ☒	Cuales: _____	
Espirometría ☒	Radiografías:	
Prueba de equilibrio	Estable ☒	Inestable: _____
OSTEOMUSCULAR:	Normal	

APTO ☒ MOTIVO APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

NO APTO _____ MOTIVO _____

El suscrito médico hace constar que el (la) señor (a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

Si ☒ NO _____

Siguiente diagnóstico:

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO
------------------------------	----	----	--------------------------------	----	----

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál
------------------------------------	----	----	------

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Geiber Mendoza Villegas
FIRMA DEL PACIENTE



Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
Nit. 800.149.453-6
FIRMA DEL ESPECIALISTA

ASSMEDICA
Nit. 800.149.453-6
Salud Ocupacional

Carrera 21 n° 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 - 321 4994 282

E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com

SAC

EMPRESARIAL S.A.S

Autoriza mediante

Ministerio de Trabajo N° COR08SE201822000000032544 de 05 septiembre de 2018

Certificación NTC 6072 Bureau Veritas N° CO18.01612

Resolución 5190 de Secretaría de Salud del 13 de Agosto de 2018

CERTIFICA QUE:

GEIBER MENDOZA VILLEGAS

1.007.323.647

Cursó y Aprobó la Acción de Formación en:

**NIVEL REENTRENAMIENTO AVANZADO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS**

Con una duración de 20 horas

Certificación N° RSAC83551

En testimonio de lo anterior, se firma en la ciudad de Villavicencio Meta, a los veinte y siete (27) días del mes de enero de 2020



JEINY VERGARA LONDOÑO

Gerente General

SAC Empresarial SAS



HERNAN DARIO SARAY MESA

Entrenador SENA N° R

Lic. SST N° 5942



MARIO EDGAR RIOBUENO M.

Director Operativo

SAC Empresarial SAS



MINTRABAJO

Verifique su certificado con número de certificación o cédula, en nuestra página Web
www.sacempresarial.com.co

En constancia de su autenticidad Registrado ante el MINTRABAJO.



2020-01-27-1007323647-RSAC83551-5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.005.469.415**

MONSALVE RODRIGUEZ

APELLIDOS
DANIEL ALEXANDER

NOMBRES
Daniel Monsalve

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-AGO-1998**

GUARANDA
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

05-DIC-2016 MAJAGUAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GILMENDO VÁZQUEZ

INDICE DERECHO




P-2806000-00688035-M-1005469415-20170309 0054152399A 1 45638983

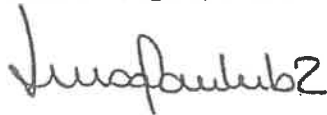
POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): DANIEL ALEXANDER MONSALVE RODRÍGUEZ identificado con Cédula Ciudadanía No. 1005469415, de la empresa YEIMMY LENY TALERO REYES está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 04/02/2020 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001000472437.

Dada en Bogotá, a los 10 días del mes de febrero de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DANIEL ALEXANDER MONSALVE RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.469.415**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Febrero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

B. Apellidos y otros		MONSALVE		RODRIGUEZ		DANIEL		ALEXANDER	
1. Tipo de documento de identidad		CC		8. Número del documento de identidad		1005469415		10. Fecha de nacimiento	
								23 08 1998	
II. DATOS COMPLEMENTARIOS (Otras personas)									
11. Edad		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial		15. Institución de Seguros Sociales ISS	
0		0		0				FONDO DE PENSIONES PORVENIR	
17. Ingresos		18. Residencia		CRA 122 128 16		NT		3114687038	
\$877.803									
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o conviviente) para familia conviviente									
15. Apellidos y nombres									
20. Tipo de documento de identidad									
21. Número del documento de identidad									
22. Sexo									
23. Fecha de nacimiento									
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afilados a telefonía									
24. Apellidos y nombres									
25. Tipo de documento de identidad									
26. Número del documento de identidad									
27. Sexo									
28. Fecha de nacimiento									
29. Puntaje SISBEN									
30. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
31. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
32. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
33. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
34. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
35. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
36. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
37. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
38. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
39. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
40. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
41. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
42. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
43. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
44. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
45. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
46. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
47. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
48. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
49. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
50. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
51. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
52. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
53. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
54. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
55. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
56. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
57. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
58. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
59. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
60. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
61. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
62. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
63. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
64. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
65. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
66. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
67. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
68. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
69. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
70. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
71. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
72. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
73. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
74. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
75. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
76. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
77. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
78. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
79. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
80. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
81. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
82. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
83. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
84. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
85. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
86. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
87. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
88. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
89. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
90. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
91. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
92. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
93. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
94. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
95. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
96. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
97. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
98. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
99. Valor de la UPC del afilado a telefonía									
100. Valor de la UPC del afilado a telefonía									



DATOS PACIENTE

Nombres: DANIEL ALEXANDER MONSALVE RODRIGUEZ	
Tipo de Documento: CO	Documento: 1005189115
Sexo: M	Fecha Nacimiento: 1984-08-25 Edad: 27 Años
Entidad: PARTICULAR	
Centro Costo: N/A	
Cargo: AYUDANTE	
Fecha de Atención: 2020-02-01	
Fecha y hora entrega de Resultados: 2020-02-04 12:43:18	
Sede: BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL	



CERTIFICADO MEDICO DE APETITUD PSICOFISICA PARA TRABAJO EN ALTURA
Resolución No. 1499 DE JULIO DE 2012

Realiza el Examen Médico Ocupacional con énfasis para TRABAJO EN ALTURAS, el personal médico calificado que el signatario es cargo en
Bogotá D.C.
APTO Y SIN RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

Tipo de Restricciones o Limitaciones:

Recomendaciones:

CONTROL MEDICO ANUAL

Exámenes Realizados:

AUDIONOMETRIA TÁNIZ
EXAMEN MEDICO DE APETITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
EXAMEN OPTOMETRICO
OLUCIA
PERFIL LIPIDICO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualesquier omisión o falsedad será causa para la finalización de contrato. Artículo 82 CC.

Hago constar que recibí copia de este documento.

ANÁLISIS Y CONCEPTO: DR. (A): VALENTINA SALCEDO MONROY RM: 1020770162

[Firma]
Dra. Valentina Salcedo Monroy
Especialista en Medicina del Trabajo
Lic. No. 851475 de 2016
R.M. 1020770162

Daniel Monsalve

DANIEL ALEXANDER MONSALVE
RODRIGUEZ
1005489415
Firma del (evaluado) evaluado

Firma y sello del médico evaluador

BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 11 No. 3355 Centro Surpavé
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400 - 268 0332
10205 CENTRO
Calle 11 No. 3355
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400

SEDE BOGOTÁ SURPÁVE
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400
CALLE 11 CENTRO
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro

SEDE BOGOTÁ
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400
CALLE 11 CENTRO
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400

SEDE BOGOTÁ
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400
CALLE 11 CENTRO
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400

SEDE BOGOTÁ
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400
CALLE 11 CENTRO
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400

SEDE BOGOTÁ
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400
CALLE 11 CENTRO
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400

SEDE BOGOTÁ
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400
CALLE 11 CENTRO
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400

SEDE BOGOTÁ
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400
CALLE 11 CENTRO
Calle 11 No. 3355 - 291 8400 Surpavé Centro
Tel: (+57) 301 4185 - 191 8400

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.044.908.020**

GUTIERREZ VILLEGAS

APELLIDOS

DIONISIO

NOMBRES

DIONISIO GUTIERREZ

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
ARJONA
(BOLIVAR)

30-JUL-1977

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

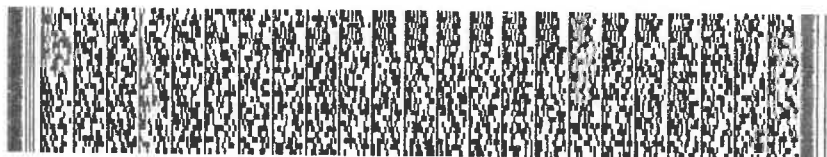
SEXO

03-OCT-2005 ARJONA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0500700-00719125-M-1044908020-20150703

0044712691A 1

6273434473

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 12/02/2020

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	79270145	Cédula Usuario:	C 79270145
Nombre:	RODRIGO TALERO BARRERO				
Dirección:	KR 3 N 6 17 IN 4				
Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:	BOGOTA D.C.		
Correo electrónico:	yeimmytalero87@hotmail.com				
Teléfono:	8789302	Tarifa:	6.960		
Actividad Económica:	5454302 TRABAJOS DE INSTALACION DE EQUIPOS LAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE CONSTRUCCION NECESARIAS PARA HABILITAR LAS EDIFICACIONES Y LAS OBRAS CIVILES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario
C 79270145

Nombres y Apellidos del Usuario
RODRIGO TALERO BARRERO

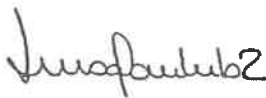
DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1.36	13/02/2020	C 1044908020	GUTIERREZ VILLEGAS DIONISIO	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,



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

BD2EAC0EBDD3B4C330FF3818AC693399

Certificado impreso el día 2/12/2020 10:31:53 PM por el portal de empresas Edesk

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

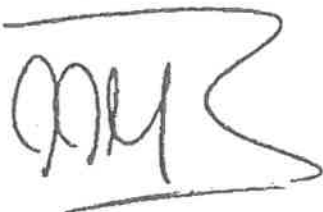
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224 600-6

CERTIFICA QUE:

DIONISIO GUTIERREZ VILLEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.044.908.020**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Febrero del 2020.

Cordialmente,



Vicepresidente de Clientes y Operaciones



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

1. Tipo de afiliación A. Afiliado B. Dependiente	2. Tipo de afiliación A. Afiliado B. Dependiente	3. Tipo de afiliación A. Afiliado B. Dependiente	4. Tipo de afiliación A. Afiliado B. Dependiente	5. Tipo de afiliación A. Afiliado B. Dependiente	6. Tipo de afiliación A. Afiliado B. Dependiente
--	--	--	--	--	--

A. APELLIDOS Y NOMBRES		B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del afiliado o cabeza de familia)	
GUTIERREZ VILLEGAS DIONISIO		C. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del afiliado o cabeza de familia)	
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1044908020	M	30 07 1977
D. DATOS COMPLEMENTARIOS (Oxigeno, pensión, etc.)			
SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. FONDO DE PENSIONES PORVENIR			
11. Eje	12. Discapacidad	13. Puntaje SSBF	14. Grupo de jubilación especial
0		0	
15. Ingresos	16. Residencia	17. Carga de jubilación especial	18. Residencia
\$877.803			
CRA 122 128 16		NT 3126173368	
BOGOTA		DISTRITO CAPITAL	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (para los hijos de los afiliados del seguro o compañía de pensiones)

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	----------	-------------------------

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
29. Apellidos y nombres	30. Tipo de documento de identidad	31. Número del documento de identidad	32. Sexo	33. Fecha de nacimiento
34. Apellidos y nombres	35. Tipo de documento de identidad	36. Número del documento de identidad	37. Sexo	38. Fecha de nacimiento
39. Apellidos y nombres	40. Tipo de documento de identidad	41. Número del documento de identidad	42. Sexo	43. Fecha de nacimiento
44. Apellidos y nombres	45. Tipo de documento de identidad	46. Número del documento de identidad	47. Sexo	48. Fecha de nacimiento
49. Apellidos y nombres	50. Tipo de documento de identidad	51. Número del documento de identidad	52. Sexo	53. Fecha de nacimiento
54. Apellidos y nombres	55. Tipo de documento de identidad	56. Número del documento de identidad	57. Sexo	58. Fecha de nacimiento
59. Apellidos y nombres	60. Tipo de documento de identidad	61. Número del documento de identidad	62. Sexo	63. Fecha de nacimiento
64. Apellidos y nombres	65. Tipo de documento de identidad	66. Número del documento de identidad	67. Sexo	68. Fecha de nacimiento
69. Apellidos y nombres	70. Tipo de documento de identidad	71. Número del documento de identidad	72. Sexo	73. Fecha de nacimiento
74. Apellidos y nombres	75. Tipo de documento de identidad	76. Número del documento de identidad	77. Sexo	78. Fecha de nacimiento
79. Apellidos y nombres	80. Tipo de documento de identidad	81. Número del documento de identidad	82. Sexo	83. Fecha de nacimiento
84. Apellidos y nombres	85. Tipo de documento de identidad	86. Número del documento de identidad	87. Sexo	88. Fecha de nacimiento
89. Apellidos y nombres	90. Tipo de documento de identidad	91. Número del documento de identidad	92. Sexo	93. Fecha de nacimiento
94. Apellidos y nombres	95. Tipo de documento de identidad	96. Número del documento de identidad	97. Sexo	98. Fecha de nacimiento
99. Apellidos y nombres	100. Tipo de documento de identidad	101. Número del documento de identidad	102. Sexo	103. Fecha de nacimiento

34. Tipo de afiliación	35. Tipo de documento de identidad	36. Número del documento de identidad	37. Sexo	38. Fecha de nacimiento
CC	79270145			
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APOYANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OBRERO				
39. Nombre de la entidad	40. Tipo de documento de identidad	41. Número del documento de identidad	42. Sexo	43. Fecha de nacimiento
COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO PORTAL NORTE				
44. Tipo de documento de identidad	45. Número del documento de identidad	46. Sexo	47. Fecha de nacimiento	48. Tipo de afiliación
				CC
49. Tipo de documento de identidad	50. Número del documento de identidad	51. Sexo	52. Fecha de nacimiento	53. Tipo de afiliación
				CC

54. Tipo de afiliación	55. Tipo de documento de identidad	56. Número del documento de identidad	57. Sexo	58. Fecha de nacimiento
CC	6320591			
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD				
59. Tipo de afiliación	60. Tipo de documento de identidad	61. Número del documento de identidad	62. Sexo	63. Fecha de nacimiento
CC	yeimmytalero86@hotmail			
64. Tipo de afiliación	65. Tipo de documento de identidad	66. Número del documento de identidad	67. Sexo	68. Fecha de nacimiento
CC	BOGOTA			
69. Tipo de afiliación	70. Tipo de documento de identidad	71. Número del documento de identidad	72. Sexo	73. Fecha de nacimiento
CC	DISTRITO CAPITAL			

74. Tipo de afiliación	75. Tipo de documento de identidad	76. Número del documento de identidad	77. Sexo	78. Fecha de nacimiento
CC	CL 87 8 64			
VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD				
79. Tipo de afiliación	80. Tipo de documento de identidad	81. Número del documento de identidad	82. Sexo	83. Fecha de nacimiento
CC	6320591			
84. Tipo de afiliación	85. Tipo de documento de identidad	86. Número del documento de identidad	87. Sexo	88. Fecha de nacimiento
CC	yeimmytalero86@hotmail			
89. Tipo de afiliación	90. Tipo de documento de identidad	91. Número del documento de identidad	92. Sexo	93. Fecha de nacimiento
CC	BOGOTA			
94. Tipo de afiliación	95. Tipo de documento de identidad	96. Número del documento de identidad	97. Sexo	98. Fecha de nacimiento
CC	DISTRITO CAPITAL			

99. Tipo de afiliación	100. Tipo de documento de identidad	101. Número del documento de identidad	102. Sexo	103. Fecha de nacimiento
CC	CL 87 8 64			
VIII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD				
104. Tipo de afiliación	105. Tipo de documento de identidad	106. Número del documento de identidad	107. Sexo	108. Fecha de nacimiento
CC	6320591			
109. Tipo de afiliación	110. Tipo de documento de identidad	111. Número del documento de identidad	112. Sexo	113. Fecha de nacimiento
CC	yeimmytalero86@hotmail			
114. Tipo de afiliación	115. Tipo de documento de identidad	116. Número del documento de identidad	117. Sexo	118. Fecha de nacimiento
CC	BOGOTA			
119. Tipo de afiliación	120. Tipo de documento de identidad	121. Número del documento de identidad	122. Sexo	123. Fecha de nacimiento
CC	DISTRITO CAPITAL			

124. Tipo de afiliación	125. Tipo de documento de identidad	126. Número del documento de identidad	127. Sexo	128. Fecha de nacimiento
CC	CL 87 8 64			
IX. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD				
129. Tipo de afiliación	130. Tipo de documento de identidad	131. Número del documento de identidad	132. Sexo	133. Fecha de nacimiento
CC	6320591			
134. Tipo de afiliación	135. Tipo de documento de identidad	136. Número del documento de identidad	137. Sexo	138. Fecha de nacimiento
CC	yeimmytalero86@hotmail			
139. Tipo de afiliación	140. Tipo de documento de identidad	141. Número del documento de identidad	142. Sexo	143. Fecha de nacimiento
CC	BOGOTA			
144. Tipo de afiliación	145. Tipo de documento de identidad	146. Número del documento de identidad	147. Sexo	148. Fecha de nacimiento
CC	DISTRITO CAPITAL			

149. Tipo de afiliación	150. Tipo de documento de identidad	151. Número del documento de identidad	152. Sexo	153. Fecha de nacimiento
CC	CL 87 8 64			
X. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD				
154. Tipo de afiliación	155. Tipo de documento de identidad	156. Número del documento de identidad	157. Sexo	158. Fecha de nacimiento
CC	6320591			
159. Tipo de afiliación	160. Tipo de documento de identidad	161. Número del documento de identidad	162. Sexo	163. Fecha de nacimiento
CC	yeimmytalero86@hotmail			
164. Tipo de afiliación	165. Tipo de documento de identidad	166. Número del documento de identidad	167. Sexo	168. Fecha de nacimiento
CC	BOGOTA			
169. Tipo de afiliación	170. Tipo de documento de identidad	171. Número del documento de identidad	172. Sexo	173. Fecha de nacimiento
CC	DISTRITO CAPITAL			

174. Tipo de afiliación	175. Tipo de documento de identidad	176. Número del documento de identidad	177. Sexo	178. Fecha de nacimiento
CC	CL 87 8 64			
XI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD				
179. Tipo de afiliación	180. Tipo de documento de identidad	181. Número del documento de identidad	182. Sexo	183. Fecha de nacimiento
CC	6320591			
184. Tipo de afiliación	185. Tipo de documento de identidad	186. Número del documento de identidad	187. Sexo	188. Fecha de nacimiento
CC	yeimmytalero86@hotmail			
189. Tipo de afiliación	190. Tipo de documento de identidad	191. Número del documento de identidad	192. Sexo	193. Fecha de nacimiento
CC	BOGOTA			
194. Tipo de afiliación	195. Tipo de documento de identidad	196. Número del documento de identidad	197. Sexo	198. Fecha de nacimiento
CC	DISTRITO CAPITAL			

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional **LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Empresa: Rodrigo Talego	Nit:	Fecha: 10/02/2020
Pre Ocupacional o Ingreso ☒	Posocupacional Egreso _____	Periódico _____
Nombres Y Apellido:	Dionisio Gutierrez Villegas	CC... 1044908020
Edad: 42 años	Sexo: M	Cargo : oficial
Peso: 73 kg	Altura: 170 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional:	Exámenes de Laboratorio:	Si ☒ No _____
Visiometría ☒	Glic: ☒ Col: ☒	Trigi ☒ otros _____
Audiometría ☒	Cuales: _____	
Espirometría ☒	Radiografías:	
Prueba de equilibrio	Estable ☒	Inestable: _____
OSTEOMUSCULAR:	Normal	

APTO ☒	MOTIVO	<u>APTO PARA LABORAR EN ALTURAS</u>
NO APTO _____	MOTIVO	_____

El suscrito médico hace constar que el (la) señor (a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ☒ NO _____

Siguiente diagnóstico: _____

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO
------------------------------	----	----	--------------------------------	----	----

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál
------------------------------------	----	----	------

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

DIONISIO GUTIERREZ VILLEGAS

FIRMA DEL PACIENTE



Juan Carlos Contreras

Medico Ocupacional

Universidad Nacional

Nit. 800.149.453-6

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ASSMEDICA IPS

Nit. 800.149.453-6

Salud Ocupacional

Carrera 21 n° 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 - 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com



MINTRABAJO



SALUD & SEGURIDAD

ENTRENADORES AUTORIZADOS SEGÚN RES. 00460
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 0553

ELCOREFE-00727

FORMACION COMPLEMENTARIA PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

No. Aprobación 085E201822000000032416 del Ministerio de Trabajo

CERTIFICA QUE:

DIONISIO GUTIERREZ VILLEGAS

C.C 1.044.908.020

ASISTIÓ, COMPLETÓ Y APROBÓ LA FORMACION DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

NIVEL RE-ENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS TEÓRICO PRÁCTICAS

Cumpliendo con los requerimientos mínimos de la Resolución 1409 del 2012, 1903 de 2013 y 1178 de 2017

De acuerdo a lo establecido en la Resolución se debe efectuar un Re - Entrenamiento máximo dentro de 1 año; a partir de esta Emisión.

En constancia de lo anterior, se firma en Cartagena el 24 de Febrero del 2019

LUIS ALEJANDRO SANCHEZ TAPIAS

PRESENTANTE LEGAL

LUIS ALEJANDRO SANCHEZ TAPIAS

Entrenador de Trabajo Seguro en Altura

Lic. Salud Ocupacional N° 0834 de 201

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 117

NÚMERO 11 1.007.248.148

ARCOA TOVAR

APELLIDOS
JHON FREDY

NOMBRES
Jhon Fredy Arco Tovar

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 16 OCT-1994

ORTEGA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-ENE-2013 ORTEGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Amiel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO




P-2908500-00456441-M-1007248148-20130815 0034382204A 1 38626701

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 01 de febrero de 2020

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 ECOTEC COLOMBIA 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:	0000000005 RIESGO 5		Clase: 5	Pórcentaje Cotización:	6,96 %
C100724814 8	AROCA TOVAR JHON FREDY	02/02/2020		21915725	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 01/02/2020 08:56:30 .

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

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

Dirección IP: 181.54.252.239, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AROCA TOVAR JHON FREDY** identificado(a) con CC número **1.007.248.148** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de abril de 2016 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 31 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

20200131 10:10

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4004756880

Fecha de Radicación

01/02/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo afiliación A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>	

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

6. Apellidos y nombres AROCA Primer apellido		TOVAR Segundo apellido		JHON Primer nombre		FREDY Segundo nombre	
7. Tipo documento de Identidad <input type="text" value="CC"/>		8. Número del documento de Identidad 1007248148		9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		10. Fecha de nacimiento 1/6/10/19/94	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text" value="6"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="FNM"/> Condición <input type="text" value="TIP"/>		13. Puntaje SISBEN <input type="text" value=""/>		14. Grupo de población especial <input type="text" value=""/>	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC		17. Ingreso base de cotización - IBC 877803			
18. Residencia CR 1 D 92 B 48 Dirección		3115851054 Teléfono celular		CARLOSAGERENCIA@GMAIL.COM Correo electrónico			
BOGOTA Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna BOGOTA		Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
20. Tipo documento de Identidad <input type="text" value=""/>		21. Número documento Identidad	
22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento	

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
25. Tipo documento de Identidad		26. Número de Identidad	
27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento	

Datos complementarios

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA		Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSLUCIA - UODCPOS LUC	
-		-	
-		-	

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 ECOTEC COLOMBIA SAS		36. Tipo de identificación NIT		37. Número de documento de identificación 901130196		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación CL 147 101 46 OF 182 Dirección		4672139 Teléfono		GERENCIA.LOG2017@GMAIL.COM Correo electrónico		BOGOTA Municipio/distrito	
						BOGOTA Departamento	

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la 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 del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento
			42. Fecha 01/10/22/02/0
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código: ☐	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia 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 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 Decr eto 1377 de 2013
53. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

V. MAS

<p>54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</p> <p>Jhon Aroca</p>	<p>55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</p> <p><i>[Firma]</i></p>
---	--

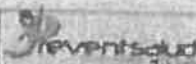
IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
- Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la 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 padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre
Documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario		
Observaciones						

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

**CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL**

Clasificación: No. 10011 de 14/07/2017
No. 90390314-0

CHILE: 15-10-2017 15:12

EXAMEN DE INGRESO EN FASES ALTURAS

CONTROL: 1

FECHA: 01 de 2020

Hora: 10:50



DATOS GENERALES

Paciente: ARICA TOSCAN BENI FREYD

Edad: 35

Sexo: Masculino

FECHA NACIMIENTO: 15 de 1984

Lugar: TOLIMA

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE

EDUCACION: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: ARICA TOSCAN BENI FREYD

ACT. ECONOMICA: NO APLICA

CARGO: OPERARIO

ACT. ECONOMICA: NO APLICA

EMPRESA: ARICA TOSCAN BENI FREYD

ACT. ECONOMICA: NO APLICA

CARGO: OPERARIO

ACT. ECONOMICA: NO APLICA

EXAMENES PARA CLINICOS

ALTIMETRIA: VALORACION DE BANDAS CONVENCIONALES, AQUELAS Y CONDICION ALTIMETRIA (NORMAL)

VISIONOMETRIA: ALTERACION VISUAL (NORMAL)

PERIOMETRIA: NO RESEPTA

ESPIROMETRIA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRIA: ALTERACION VISUAL (NORMAL)

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL), GLUCOSA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES: NINGUNA

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES

Usar elementos protectores personal indicados para la actividad

Proceder de acuerdo a las normas

Higiene personal y de alimentos

Capacitacion en trabajo seguro, plan de emergencia, riesgo al momento

Realizar programas regulares de ejercicio fisico en VIRTUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACION DEL TRABAJADOR: Certifico que los resultados dados por mi en el examen médico son completos, veraces y pertenecen a la actividad del personal afectado, otorgo mi consentimiento libre e informado para la realización de los exámenes médicos y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora, asumiendo las responsabilidades y por consentimiento de seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

En Chile, a...

CAROL VILLALBA SANCHEZ

Medico de la Salud

En Chile, a...

ARICA TOSCAN BENI FREYD

Operario



Libertad y Orden



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

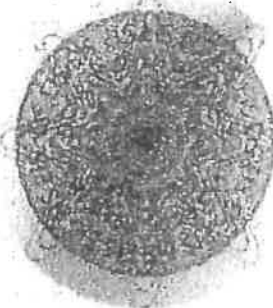
CONTRASEÑA



REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA
WILLIAM OSPINA P
REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA

DUPLICADO CC

79.882.876



APELLIDOS / NOMBRES

OSPINA PEREZ

JORGE WILLIAM

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

14-SEP-1979

BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN

21-SEP-1998

SEXO

MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

BOGOTA D.C. - CIUDAD BOLIVAR BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA

BOGOTA D.C. - CIUDAD BOLIVAR BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.



**ESTE COMPROBANTE ES
VÁLIDO HASTA EL 29-JUL-2020**

**8500274684
29-ENE-2020**

Medellín, 12 de febrero de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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: 0000000009	CENTRO MEMORIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C79882876	OSPINA PEREZ JORGE WILLIAM	13/02/2020		13725182	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 12/02/2020 16:18:55.

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

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

Dirección IP: 186.84.30.147, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JORGE WILLIAM OSPINA PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.882.876**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Febrero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FORMULARIO No.

Número de Radicación

Fecha de Radicación

1	3	0	2	2	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---

Página 1 de 2

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

1. Tipo de Trámite:										2. Tipo de Afiliación:										3. Régimen:																																																											
A. Alocación ☒										B. Reporte de Novedad ☐										C. Cotización ☐										D. Cobertura o Cabeza de Familia ☒										E. Beneficiario o afectado adicional ☐										F. De Oficio ☐										A. Contributivo ☐										B. Subsidiado ☐									
4. Tipo de afiliado:										5. Tipo de cotización:										Código (a registrar por el EPS)																																																											
A. Cotización ☒										B. Cabeza de Familia ☐										C. Beneficiario ☐										A. Dependiente ☒										B. Independiente ☐										C. Pensionado ☐																													
A. AFILIACIÓN																																																																															

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

6. Apellidos y nombres completos Ospina Primer apellido Perez Segundo apellido		Jorge Primer nombre		William Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 198802896	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 14/09/1994	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Edad		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
Tipo ☐ F ☐ N ☐ U		Condición ☐ T ☐ P					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IGC	
30/16				1000000		874.003	
18. Residencia		Teléfono		Código de Verificación		Código de Verificación	
Barral		Barral		Barral		Barral	

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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 nombre		Segundo nombre	
01	Primer apellido	Segundo apellido			
02					
03					
04					
05					
25. Tipo de documento de identidad		26. Número de documento de identidad		27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino
01					
02					
03					
04					

89	
Dates and times	

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

Selección de la IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		(a rellenar 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 o pensión (si registra por la EPS)
Ancor Constructores S.A.	NIT	901706646-1	
39. Ubicación			
Calle 11A - OFICINA 314	CALLE 11A - OFICINA 314		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

B. REPORTE DE NOVEDADES

<p>40. Tipo de Novedad</p> <p>☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.</p> <p>☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.</p> <p>☐ 3. Actualización del documento de identidad.</p> <p>☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.</p> <p>☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.</p> <p>Código <input type="text"/></p> <p>☐ 6. Reinscripción en la EPS.</p> <p>☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de aliados adicionales.</p> <p>☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de aliados adicionales.</p> <p>☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.</p> <p>☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.</p>	<p>☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.</p> <p>☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.</p> <p>☐ 13. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo</p> <p>☐ B. Régimen Subsidiado</p> <p>☐ 14. Traslado ☐ A. Mismo Régimen</p> <p>☐ B. Diferente Régimen</p> <p>☐ 15. Reporte de fallecimiento.</p> <p>☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.</p> <p>☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.</p> <p>☐ 18. Reporte de la calidad de pensionado.</p>
--	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Sexo	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y aliados 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 aliados 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 aliados 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 aliados 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

44. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador o representante de la entidad prestadora de servicios de salud, institucional o de Oficio
--	--

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

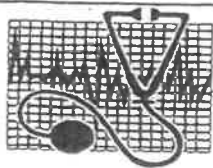
70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario	

Observaciones:

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.



Gustavo Espinel Garrón
 Médico Cirujano Universidad Nacional - Especialista en Salud Ocupacional - Universidad Manuela Beltrán
 Licencia en SST 8047 del 17/09/2019 Secretaría de Salud de Bogotá
 Medicina - Odontología - Laboratorio Clínico

11215

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



Empresa ANCER CONSTRUCTOR S.A.S. NIT 901206646-1 Fecha 13/2/20
 Nombre JORGE WILLIAM OSPINA Documento 79882876
 Cargo Ayudante de construcción EPS capital salud ARL Edad 40
 Dirección CRA 36 # 28 86 SOACHA Teléfono 3015910756 Hemoclasiificación O+

TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL

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

EXAMENES REALIZADOS

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

CONCEPTO MEDICO

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

RESTRICCCIONES LABORALES Y/O RECOMENDACIONES

Apto ingreso laboral y trabajo en alturas

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

Firma del trabajador

WILLIAM OSPINA P.

Gustavo Espinel Garrón
 Médico Cirujano Universidad Nacional
 Especialista en Salud Ocupacional (SST)
 Universidad Manuela Beltrán
 Licencia en SST 8047 del 17/09/2019
 Secretaría de Salud de Bogotá

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

Transversal 94 No. 80A - 75 Piso 2 * Tel.: 472 82 16 - 310 799 8598

E-mail: gespinelmedicinalaboral@hotmail.com - Bogotá D.C.

Horario de 6:00 a. m. - 12:30 p. m. de Lunes a Sábado

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.001.314.956**
SANTOS VILLARRAGA

APELLIDOS
DAVID ANDRES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-MAR-1986**

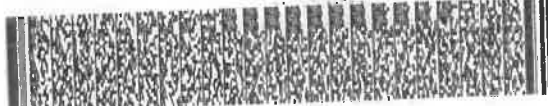
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-JUL-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS BALBUENA VACHA

INDICE DERECHO



P-1500150-00955773-M-1001314956-20171120 0058521455A 1 9902242958

Medellín, 03 de Febrero de 2020

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 ENCHAPES Y ACABOS ORLANDO RAMIREZ SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C13567416	OSPINO PINZON JORGE ARMANDO	04/02/2020		21696134	DEPENDIENTE
C100131495	SANTOS VILLARRAGA DAVID ANDRES	04/02/2020		20213612	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: C194502302003441009

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/02/2020 11:23:29 .

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

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

Dirección IP: 161.10.202.21, 172.16.42.57

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DAVID ANDRES SANTOS VILLARRAGA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1001314956**, se encuentra afiliado (a) desde **24/09/2007** 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 10 de febrero de 2020.

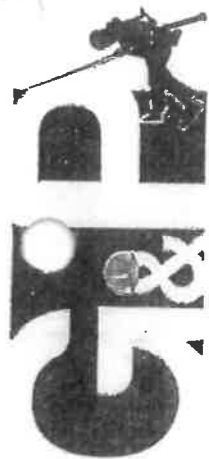
VERIFICADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



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.

[illegible]



SEGURIDAD S.A.S

NIT: 901.030.063-0

Número de aprobación MINTRABAJO 08SE201922000000004887

Licencia de Seguridad en Salud en el Trabajo N° 14919 del 28 de Noviembre de 2018

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Según Resolución 1178 del 28 de Marzo del 2017

Resolución 1409 del 23 de Julio del 2012 del Ministerio del Trabajo

Certificado por ICONTEC en la norma de calidad NFC 6072 con código CS-CER658332

CERTIFICA QUE:

DAVID ANDRES SANTOS VILLARRAGA

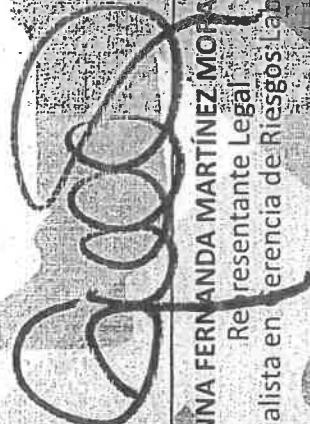
Con identificación N° 1001314956

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN NIVEL:

REENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

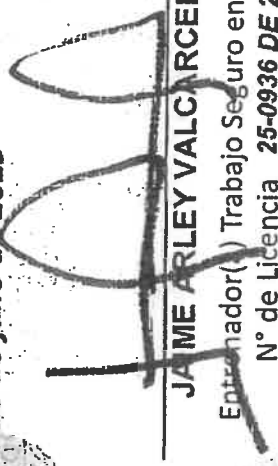
Con una intensidad horaria de **20** horas realizadas en Bogotá D.C desde

El día 27 de julio de 2019 hasta el día 28 de julio de 2019



GINNA FERNANDA MARTÍNEZ MORALES

Representante Legal
Especialista en Gerencia de Riesgos Laborales



JAIME ARLEY VALCARCEL BAYONA

Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas
N° de Licencia 25-0936 DE 2018

CÓDIGO REF2019072114

Se expide en Bogotá, D.C en la calle 11 N° 67a - 20 el **28 de julio de 2019**

La autenticidad de este documento debe ser verificada en www.gypseguridad.com / E-mail: certificacion@gypseguridad.com / Tels: 9260685 - 312 3395572

En apoyo a la Legalidad solicite constancia de Formación Vocacional del Ministerio del Trabajo en Nuestro Centro de Entrenamiento

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: ENCHAPES Y ACABADOS ORLANDO RAMIREZ SAS FECHA 02/08/2019 08:26:29
PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐
NOMBRE Y APELLIDO: DAVID ANDRES SANTOS VILLARRAGA C.C 1001314956
EDAD 33 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR ENCHAPADOR



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☒	Exámenes de laboratorio	SI ☒	NO ☐
Visiometría	☒	Glic ☒	Col ☒	Trigli ☒
Optometría	☐	¿Cuáles?	Otros ☐	
Audiometría	☒			
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☒	
		Otros	☐	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☒	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☒

RESTRICCIONES
NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ NUTRICION
USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/ HIGIENE POSTURAL

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

DAVID SANTOS

FIRMA DEL PACIENTE



Gina Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
E.C. 50 11356/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
Cedula de Ciudadania

00.875.881

PARRA CEREDA

ROBERTO

ROBERTO PARRA



RODE CEREDA

FECHA DE NACIMIENTO: 14-SEP-1965
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 O+ M
ESTATURA PESO SEXO

11-DIC-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO EN NACIMIENTOS



P-1506101-42 12465 E-M-0000875881 20240317

D132301077P 02 153670115



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

CERTIFICA QUE:

La empresa
TRANSPORTES FARIAS S A S
Identificada con NT No. 900359871

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

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 1589662303304, a partir del 01 de Septiembre del año 2016.

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	80875881	ROBERTO PARRA CEPEDA	SEDE PRINCIPAL	5	6.96%	01/09/2016		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 20 de Enero del año 2020.

Firma Representante Legal

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ROBERTO PARRA CEPEDA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **80875881**, se encuentra afiliado (a) desde **17/05/2006** 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 07 de enero de 2020.

Verificación de la base de datos de Afiliados



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.

Salud Total

Form with various fields and handwritten notes at the top of the page.

IDENTIFICACION COMPLETA DE LOS ALUMNOS						FECHA		HORA	
NOMBRE	EDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS DE ORIGEN	DIAS	MESES	AÑOS	MINUTOS
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ACTUACION	FECHA DE CANCELACION
...	...	...	...	...

FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ACTUACION	FECHA DE CANCELACION
...	...	...	...	...

Form with various fields and handwritten notes in the middle section.

...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

09908001



SALUD OCUPACIONAL
INTEGRAL COLOMBIANA S.A.S.

NIT: 900.435.736-4
Licencia Salud Ocupacional
Resolución 4871 de 07/05/2019
Salud Ocupacional Integral Colombiana S.A.S.

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Certificado No.	36910	Bogotá D.C. 22/06/2019 12:10 PM
Empresa Contratante:	TRANSPORTES FARIAS S.A.S.	Cargo: OPERARIO
	TRANSPORTES FARIAS S.A.S.	
Nombres	ROBERTO PARRA CEPEDA	Documento No. CC 80875881

SE REALIZO EXAMEN DE: PERIODICO PARA TRABAJO EN ALTURAS CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

TEST PSICOMETRICO	EXAMEN AUDIOMETRIA	EXAMEN OPTOMETRIA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS	GLICEMIA BASAL	HEMATOCRITO
HEMOGLOBINA	PERFIL LIPIDICO (COLT- CLDL- TGC)	

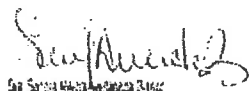
CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL	Examen médico ocupacional periódico satisfactorio .
CONCEPTO TRABAJO EN ALTURAS	Sin Restriccion para el Cargo .
OBSERVACIONES	
RECOMENDACIONES	
RESTRICCIONES	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES) OCUPACIONALES

HIGIENE POSTURAL .	PAUSAS ACTIVAS .
INICIO DE ACTIVIDAD FISICA .	

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



Sra Sandra Milena Avellaneda Blanco
C.C. 62956947
R.M. 1053/0202/2
Salud Ocupacional
M. Angel Torres Lora

SANDRA MILENA AVELLANEDA BLANCO.
C.C. 62956947 R.M. 1053/0202/2
Firma y sello del Médico Evaluador

ROBERTO PARRA CEPEDA
C.C. 80875881
Firma del trabajador Evaluado

Este certificado esta soportado con la Historia Clínica que reposa en los archivos de la IPS Soinco S.A.S, verificar la AUTENTICIDAD de este documento en los siguientes números PBX 746 44 45

Calle 102A #45 A 09. Barrio Santa Margarita. Tel. 746+446. www.SOINCOIPS.COM



MYM ALTURAS

CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.

NIT 901.103.169-7

LIC. SST N°14956 del 28 de noviembre de 2018

Certificación NTC 6072:2014 otorgada por ICONTEC CS-CER 658417

Autorización de Min Trabajo N°09SE2019220000000006629 del 1 de marzo de 2019

CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO

ROBERTO PARRA CEPEDA

Documento de Identidad N° 80875881

Cursó y aprobó la acción de formación

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS BASICO OPERATIVO

Realizado el día 23 de diciembre de 2019 en la ciudad de Bogotá D.C.

con una intensidad de 8 Horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 23 días del mes de diciembre de 2019

Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por las Resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017

Registro bajo consecutivo No. G.M-0HYHX

Dr. Berónica Maya Rodríguez

Dr. Berónica Maya Rodríguez
C.C. 52429692
Representante Legal

Yeffier Acosta

Yeffier Armando Acosta Jiménez
C.C. 7182861

Reg. Entrenador 52256734 09/05/2018
Lic. SST 007146 15/04/2015



VERIFICACION: (1) 2575900 | www.mymalturas.com.co | verificacion@mymalturas.com.co

1945

[illegible]

RECEIVED BY SALES
ADMINISTRATIVE

YOUNG, J. W., and J. W. WILSON. 1981. The effects of the 1977-1978 drought on the population dynamics of the desert quail, *Callipepla squamata*. *Journal of Wildlife Management* 45:103-114.

Abstract

[illegible]

576

Medellín, 31 de enero de 2020

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 CASTERRA INGENIEROS & CIA S.A.S. que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000002 PPAL BOGOTA		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C106787720 5	DIAZ MARTINEZ LUIS CARLOS	01/02/2020		15961282	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 31/01/2020 14:15:56

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

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

Dirección IP: 190.84.132.106, 172.16.42.57

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) LUIS CARLOS DIAZ MARTINEZ identificado(a) con C.C No. 1.067.877.205, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 31 de enero del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



5 0 0 2 4 5 7 5 4 0

No. DE RADICACIÓN
5002457540

Fecha de Radicación

31/01/2020

TOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Afiliación		2. Tipo de Afiliación		3. Registro	
A. Afiliación	B. Especial de Remediación	A. Individual	B. Colectiva	C. Intelectual	D. De ombo
☐	☒	☐	☐	☐	☐
4. Tipo de Afiliación		5. Tipo de Afiliación		6. Tipo de Afiliación	
A. Colectiva	B. Colectiva de familia	C. Beneficiario	D. Beneficiario	E. Beneficiario	F. Beneficiario
☒	☐	☐	☐	☐	☐
7. Tipo de Afiliación		8. Tipo de Afiliación		9. Tipo de Afiliación	
A. Dependiente	B. Independiente	C. Pensionado	D. Pensionado	E. Pensionado	F. Pensionado
☒	☐	☐	☐	☐	☐

A AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del afiliado o cabeza de familia)		II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del afiliado o cabeza de familia)		III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del afiliado o cabeza de familia)		IV. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del afiliado o cabeza de familia)	
1. Apellidos y nombre		2. Apellidos y nombre		3. Apellidos y nombre		4. Apellidos y nombre	
DIAZ		MARTINEZ		LUIS		CARLOS	
5. Tipo de documento de identidad		6. Número del documento de identidad		7. Sexo		8. Fecha de nacimiento	
☐		1067877205		Masculino ☐ Femenino ☒		18/03/1988	
9. Datos complementarios		10. Datos complementarios		11. Datos complementarios		12. Datos complementarios	
13. Etnia		14. Discapacidad		15. Puntaje USM		16. Grupo de riesgo en salud	
☐		☐		☐		☐	
17. Administración de Riesgos Laborales - ARL		18. Administración de Riesgos Laborales - ARL		19. Ingreso base de cotización - IB		20. Ingreso base de cotización - IB	
SURA		COLFONDOS		877805		877805	
21. Residencia		22. Residencia		23. Residencia		24. Residencia	
C/ 128 N° 119 D10		3045530605		1cdiazmartinez1988@hotmail.com		1cdiazmartinez1988@hotmail.com	
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
☐		1067877205		Masculino ☐ Femenino ☒		18/03/1988	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR		VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR		VII. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR		VIII. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR	
29. Apellidos y nombres		30. Apellidos y nombres		31. Apellidos y nombres		32. Apellidos y nombres	
33. Tipo de documento de identidad		34. Número del documento de identidad		35. Sexo		36. Fecha de nacimiento	
☐		1067877205		Masculino ☐ Femenino ☒		18/03/1988	

37. Datos de residencia		38. Datos de residencia		39. Datos de residencia		40. Datos de residencia	
Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito	
C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10	

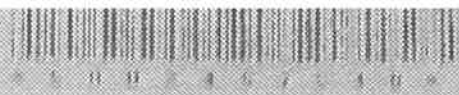
41. Datos de residencia		42. Datos de residencia		43. Datos de residencia		44. Datos de residencia	
Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito	
C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10	

45. Datos de residencia		46. Datos de residencia		47. Datos de residencia		48. Datos de residencia	
Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito	
C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10	

49. Datos de residencia		50. Datos de residencia		51. Datos de residencia		52. Datos de residencia	
Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito	
C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10	

53. Datos de residencia		54. Datos de residencia		55. Datos de residencia		56. Datos de residencia	
Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito	
C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10	

57. Datos de residencia		58. Datos de residencia		59. Datos de residencia		60. Datos de residencia	
Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito		Municipio/Distrito	
C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10		C/ 128 N° 119 D10	



DECLARACIÓN DE INGRESOS

1. Nombre y apellidos completos de beneficiario	11. Fecha de nacimiento y lugar de nacimiento
2. Domicilio completo	12. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
3. Ocupación o actividad principal	13. Estado civil
4. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	14. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
5. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	15. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
6. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	16. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
7. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	17. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
8. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	18. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
9. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	19. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
10. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	20. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso

DATOS PARA EL REEMPLAZO DE LA DECLARACIÓN

1. Nombre y apellidos completos de beneficiario	2. Fecha de nacimiento y lugar de nacimiento
3. Domicilio completo	4. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
5. Ocupación o actividad principal	6. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
7. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	8. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
9. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	10. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
11. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	12. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
13. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	14. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
15. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	16. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
17. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	18. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
19. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	20. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

2. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

3. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

4. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

5. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

6. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

7. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

8. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

9. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

10. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

OTROS

1. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

2. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

3. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

4. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

5. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

6. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

7. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

8. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

9. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

10. Declaración de veracidad de los datos declarados y autorización para el uso de los mismos.

DATOS A SER INGRESADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

1. Nombre y apellidos completos de beneficiario	2. Fecha de nacimiento y lugar de nacimiento
3. Domicilio completo	4. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
5. Ocupación o actividad principal	6. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
7. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	8. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
9. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	10. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
11. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	12. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
13. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	14. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
15. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	16. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
17. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	18. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso
19. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso	20. Fecha de ingreso al país y lugar de ingreso

Licencia TPS Resolución No 10519 de 24/08/2017

Nit: 900540214-0

XAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 2

Bogotá, Enero 31 de 2020

Hora: 13,00

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1067877205

PACIENTE: DIAZ MARTINEZ LUIS CARLOS

FECHA NACIMIENTO: Marzo 18 de 1988

LUGAR: CORDOBA

EDAD: 31

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE

No HIJOS: 1

SEXO: MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS

EMPRESA MISIÓN: NO APLICA

EPS: OTRAS EPS

ACT. ECONÓMICA:

ARL: NO RECUERDA

AFP: NO RECUERDA

CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EXAMENES PARA CLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGÜDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

PSICOMÉTRICO: NO APLICA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD

PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÜN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.

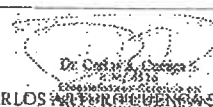
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.

OBSERVACIONES

NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

<p> CARLOS A. SANCHEZ <small>Dr. Carlos A. Sanchez C.C. 374518 Especialista en Medicina del Trabajo Teléfono: 757 53 28</small></p> <p>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO</p> <p>REGISTRO MÉDICO: 4516</p> <p>LICENCIA: RESOLUCION 753</p>		<p><i>Luis Diaz</i></p> <p>FIRMA DEL PACIENTE</p> <p>NOMBRE: DIAZ MARTINEZ LUIS CARLOS</p> <p>CEDULA: 1067877205</p>
--	--	--



Dando cumplimiento a la resolución 1178 de 2017 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo N° 08SE20182300000000000836 del 15 de Enero de 2018.

050645

LUIS CARLOS DIAZ MARTINEZ

C.C. 1.067.877.205

Aprobó el curso de: TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

NIVEL: REENTRENAMIENTO

INTENSIDAD DE: 20 HORAS

Se expide el día: 09 del mes de: JUNIO de: 2019 en la ciudad de MONTERIA
RCAV19-713

ERONINO GOMEZ GOMEZ

RESEARCH

ROBERTO A. GOMEZ RESTrepo

Instructions: Please Register

LC 50 0037276 de 2013
A. C. STELLANA

ARFA CONSULTORIAS S.A.S. NIT: 900778417-1 C.U. 51 N° 6-35 EN LA CASTELLANA
Lic. S.O. 00377

PARA VERIFICACIÓN DEL CERTIFICADO COMUNICARSE AL TEL. 785 54 48 - 3137638354

www.apacconsultorias.com - apacconsultorias@gmail.com

HSEQ

ALIANZA ANDINA HSEQ SAS

En cumplimiento de la Res. 1409/2012, Res. 1903/2013,

Res. 3368/2014. Licencia S.O. 5203/2018

CERTIFICA QUE:

LUIS CARLOS DIAZ MARTINEZ

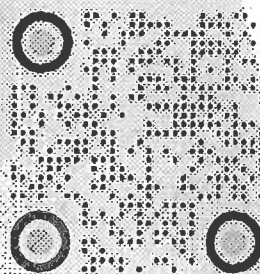
Con C.C. 1.067.877.205

ASISTIÓ Y APROBÓ LA CAPACITACIÓN EN:

ESPACIOS CONFINADOS

Con una duración de 10 horas, cumpliendo con todos los requisitos exigidos legales y normativos

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá D.C. a los
3 días del mes de Febrero de 2020



Javier Alfonso Castañeda L.
Entrenador Certificado TSA
C.C. 79.660.363
Alianza Andina HSEQ
Licencia S.O. 5203/17/04/2018

A 3 A 2 H20
TSA-EC- 342

Para verificar la autenticidad de este certificado por favor, enviar un correo electrónico a certificados@alianzaandinahseq.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CECULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.013.684.232

LACOB CHAPARRO

CRISTIAN MANUEL

Cristian Manuel Lacob



IDENTIFICACIÓN PERSONAL

1.79



Medellín, 04 de febrero de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000009 CENTRO MEMORIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C101368423 2	LAGOS CHAPARRO CRISTIAN MANUEL	05/02/2020		30207279	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 04/02/2020 07:34:27

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

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

Dirección IP: 186.84.30.147, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LAGOS CHAPARRO CRISTIAN MANUEL** identificado(a) con CC número **1.013.684.232** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 29 de marzo de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de febrero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

2020020407313

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

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		A. Individual: - Colizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional		D. De Oficio A. Contributivo ☒ B. Subsidiado	
4. Tipo de Afiliado A. Colizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario		5. Tipo de Colizante A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado		Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del colizante o cabeza de familia)					
6. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>LaGos</u> Segundo Apellido: <u>CHAPARRO</u> Primer Nombre: <u>CRISTIAN</u> Segundo Nombre: <u>MANUEL</u>					
7. Tipo de documento de Identidad CN TI CE CD RC CC ☒ PA SC		8. Número del documento de Identidad <u>1013684232</u>		9. Sexo Femenino Masculino ☒	
10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS					
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 <u>Sora</u>		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC <u>877.803</u>	
18. Residencia Dirección: <u>calle 38 SU 11A 69</u>					Teléfono Fijo
Teléfono Celular <u>3222890347</u>		Correo Electrónico			
Municipio / Distrito <u>Bta</u>		Zona Urbana ☒ Rural	Localidad / Comuna		Departamento <u>Bta</u>

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR					
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente colizante					
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 Femenino Masculino	
B1				28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
B2				29. Parentesco	
B3					
B4					
B5					

30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
B1		F N M T P		Urbana Rural			
B2		F N M T P		Urbana Rural			
B3		F N M T P		Urbana Rural			
B4		F N M T P		Urbana Rural			
B5		F N M T P		Urbana Rural			

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

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

Scanned by CamScanner

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	
Correo Electrónico	Municipio / Distrito Btg	Departamento Btg

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 <input type="text"/>
☐ 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		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo		Fecha de nacimiento	
CN RC	TI CC CE PA CD SC			Femenino Masculino		DD MM AAAA	

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Confacunder	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 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 genera 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
Cristian Manuel Lagos	Angelica Acila

IX. ANEXOS

- ☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
- Cantidad ☒ TOTAL (1)
- ☐ 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	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio Código del Departamento	Número de ficha		

70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario
Primer Apellido Segundo Apellido	Primer Nombre Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario
		RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

Observaciones:

Dep 02

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

03 FEB 2020

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de la entidad	Sello de procesamiento
--	---------------------	------------------------



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Nº: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. GPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



Nº. 43367

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 01/02/2020 HORA:9:41		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: CRISTIAN MANUEL LAGOS CHAPARRO		DOCUMENTO: 1013684232	EDAD: 21 GENERO: M
EMPRESA: INDEPENDIENTE		CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION	TELEFONO: 3222890347 -
EXAMENES LABORALES REALIZADOS			
Valoración Médica Laboral	Si	Respiratorio	Si
Espirometría	--	Dermatología	Si
Audiometría	--	Osteomuscular	Si
Visiometría	--	Cardiovascular	Si
Optometría	--	Prueba de equilibrio	--
Electrocardiograma	--	Radiología Tunel/cargo	--
Psicología Laboral	--	Radiología Columna	--
Vacunas	--	Radiología Torax	--
LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO			
Cuadro Hemático IVG	--	Parcial de Orina	--
Glicemia	--	RH-Grupo Sanguíneo	--
Colesterol	--	KOH Uñas	--
Triglicéridos	--	Frotis Faringeo	--
Serología	--	Coprologico	--
CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:			
APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) -- Según Res.1409 de julio 23 de 2012			
Apto Para el cargo sin Restricciones	Si	Aplazado	--
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	--	No Apto Para Este Cargo	--
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	--		--
Examen PERIODICO Satisfactorio	--	Examen de EGRESO Satisfactorio	--
RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES			
Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	--
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	--
Ergonomía del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	--
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	--
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--
Control Audiométrico	--	Estilos de Vida Saludable	Si
		Control Médico Ocupacional Anual	Si

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paracénico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que el proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realicen las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta. Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información contenida a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma haber leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAÚL GARZÓN RODRÍGUEZ
LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

Cristian Lagos
1013684232



Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

Reciba sus exámenes en Instituciones médicas
padas por la Secretaría Distrital de Salud:
UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.276.065
COLORADO COLORADO

APELLIDOS
LUIS FERNANDO

NOMBRES

Luis F Colorado

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1964

VILLETA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

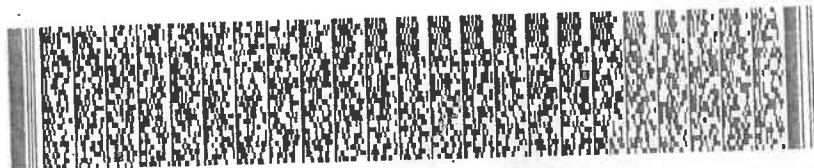
M

SEXO

26-AGO-1982 VILLETA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00012901-M-0080276065-20080612

0000456598A 1

1540000489



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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 80106914 correspondiente a la empresa Ca Alternativas Agropecuarias E Industri.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
LUIS FERNANDO COLORADO COLORADO	C.C.	80.276.065	02/02/2020

Cordialmente,

M^a. Consuelo Peñuela R.

MARIA CONSUELO PEÑUELA RAMOS
GERENCIA DE OPERACIONES
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el sábado 01 de febrero de 2020 a las 08:41:01 a.m.

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

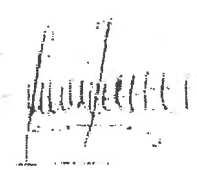
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUIS FERNANDO COLORADO COLORADO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **80276065**, se encuentra afiliado (a) desde **06/03/1985** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado de Salida	3	PORVENIR S.A.	14/09/1994	
Asignado por multivinculación por Decreto 3995/2008	23	COLPENSIONES	09/07/2002	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en COLPENSIONES

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de enero de 2020.


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.

[illegible]

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017

Nit: 900540214-0

EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0

Bogotá, Febrero 01 de 2020

Hora: 9,33

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 80276065

PACIENTE: COLORADO COLORADO LUIS FERNANDO

FECHA NACIMIENTO: Febrero 25 de 1964

LUGAR: VILLETÁ

EDAD: 55

ESTADO CIVIL: CASADO (A)

No HIJOS: 1

SEXO: Masculino

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: LUIS FERNANDO COLORADO COLORADO

EMPRESA MISIÓN: NO APLICA

EPS: COMPENSAR

ACT. ECONÓMICA:

ARL: SURA

AFP: COLPENSIONES

CARGO A OCUPAR: ALBAÑIL

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: SATISFACTORIO - APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

Uso elementos protección personal indicados para la actividad

Pausas Activas para MMSS

Higiene postural y de columna

Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

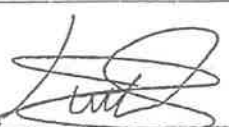
DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicas y permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud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


Dr. Carlos Sánchez
Especialista en Gerencia en
SAFETY (C) 2019
18 de Enero del 2019

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

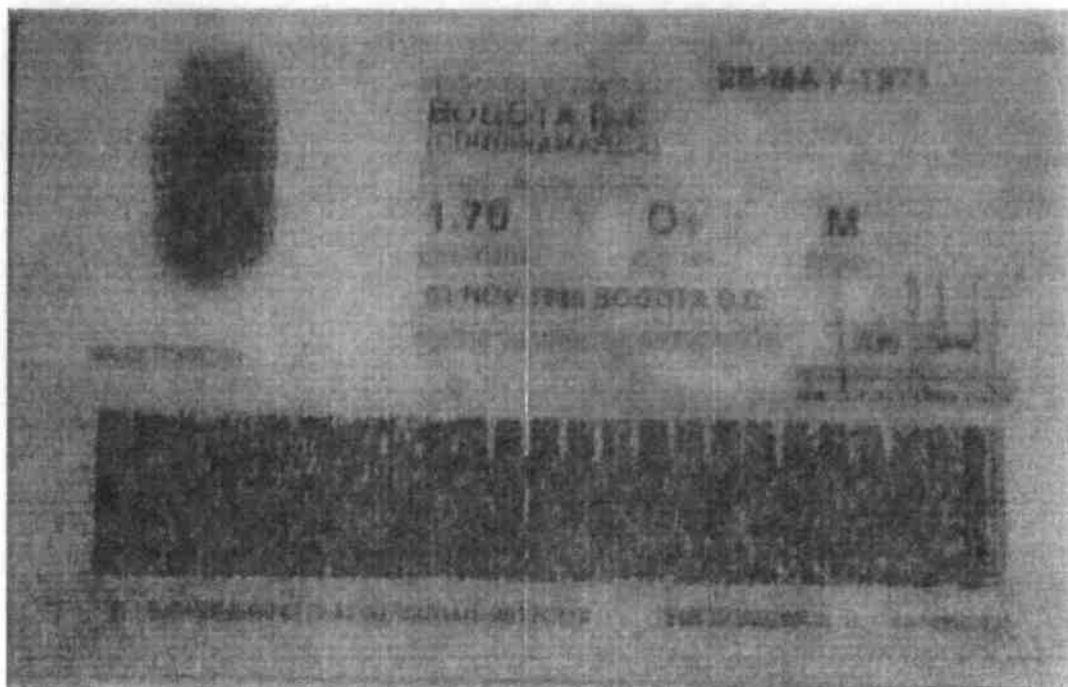
REGISTRO MÉDICO: 4516

LICENCIA: RESOLUCION 753


FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE: COLORADO COLORADO LUIS FERNANDO

CEDULA: 80276065



Medellín, 04 de febrero de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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:	0000000009 CENTRO MEMORIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C79578440	NOGUERA CHAPARRO ENRIQUE	05/02/2020		17215623	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 04/02/2020 07:10:39

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

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

Dirección IP: 186.84.30.147, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ENRIQUE NOGUERA CHAPARRO identificado(a) con C.C No. 79.578.440, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 04 de febrero del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

[illegible][illegible]

VI DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD					
01 Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42 Fecha oficial 03 02 2020	
43 Representador	44 Motivo de la novedad	45 Causales de suspensión temporal o pagador de prima			

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII FUGAS									
DE AEROS									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

X. DATOS A SER DECLARADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
65. Inscripción de la entidad territorial Código municipal	66. Código del municipio	67. Datos del SISREH Número de la ficha	68. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo de documento de identidad		OBSERVACIONES	
Número del documento de identidad		CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION	
71. Firma del funcionario			



**IPS: UNIDAD DE
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA /OLAYA**
INSTITUTO ANTISECONDARIA DE SALUD
NIT: 900.171.517-3
CARR 27 # 28-21 SUR, OLAYA (Teléfono: 320 7610049)
CERTIFICADO MÉDICO ALTURAS
RESOLUCIONES 2136 DEL 2007 Y 1673 DEL 2009.

PRE-Ocupacional INGRESO Ocupacional PERIÓDICO POST-Ocupacional O RETIRO

BOGOTÁ DC. 03 FEBRERO DEL 2024
CONVENIO: EMPRESA: PARTICULAR

SEDE: QUITA: 20 FEBRERO
CARGO: OFICIAL

EMPLEADO: ENRIQUE NOGUERA CHAPARRO

IDENTIFICACION: 14.270.440

EDAD: 40 años SEXO: SEU

EXAMEN REALIZADO: Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar en ALTURAS y ESPACIOS CONFINADOS

FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con las funciones de riesgo a las cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar. SERVICIO: CONSULTA OCUPACIONAL

RESULTADO DE EXÁMENES PARACLÍNICOS

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LAUSMAN)	NORMAL	6. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LAUSMAN)	NORMAL
2. ESPINOMETRÍA (MUNDOSON)	NORMAL	7. PNEUMOTEST DE ALTO	NORMAL
3. VISIONOMETRÍA (OPTIC 2000)	NORMAL	8. PNEUMOTEST DE BAJA	NORMAL
4. GLUCEMIA	NORMAL	9. OSTEODENSITOMETRÍA	NORMAL
5. PERÍMETRO VISIVO (HILFERT-HILF)	NORMAL	10. ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL
VARIABLES FÍSICAS	FC 70 L/M P 50 MM HG T 36.5 °C TA 110/70 mmHg		

PROGRAMA DE VIGILANCIA LABORAL

ALTRACION	CONSEJOS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR EL DANO	RESPUESTA	COMENTARIO
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDIO	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS 5 (MÁS DE CINCO METROS)	
2. APTO CONFINACIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

- 1. Mantener un peso adecuado.
- 2. Evitar el consumo de alcohol y drogas.
- 3. Evitar el consumo de medicamentos que afecten la salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el/la Sr./Srta. _____, con C.C. _____, he leído y comprendido el contenido del presente certificado médico, así como las recomendaciones y consejos de prevención para evitar el daño, y manifiesto que estoy de acuerdo con lo expuesto y manifiesto que estoy de acuerdo con lo expuesto y manifiesto que estoy de acuerdo con lo expuesto.

CONFIDENCIALIDAD

La información contenida en este certificado médico es confidencial y no debe ser divulgada a terceros sin el consentimiento expreso del paciente.

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO	SI (X)	NO ()
2. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI (X)	NO ()

Dr. _____
ESPECIALISTA (MÉDICO OCUPACIONAL)
19/02/2024

FIRMA DEL TRABAJADOR
Enrique Noguera Chaparro

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Dr. _____
Exp. Salud Ocupacional
19/02/2024

Ing 12/02/2020
Ancer
Ayudante

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.151.471.731**
BALDIRIS MARQUEZ

APELLIDOS
JEAN CARLOS

NOMBRES

Jean C. Baldiris

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-1988**
MARACAIBO-ESTADO ZULIA
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

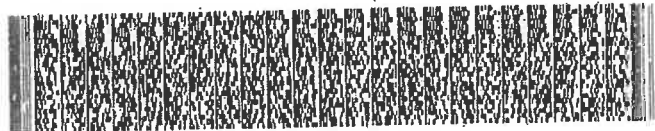
1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

26-OCT-2018 REPELON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P-0304000-01060972-M-1151471731-20190212

0064459311A 1

49789410

Medellín, 11 de febrero de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

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: 0000000009 CENTRO MEMORIA		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C115147173 1	BALDIRIS MARQUEZ JEAN CARLOS	12/02/2020		140*nu19	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 11/02/2020 12:29:57.

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

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

Dirección IP: 186.84.30.147, 172.16.42.57

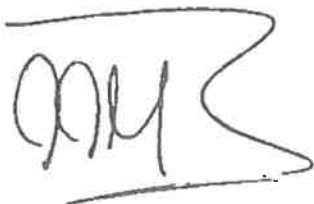
**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JEAN CARLOS BALDIRIS MARQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.151.471.731**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Febrero del 2020.

Cordialmente,



Vicepresidente de Clientes y Operaciones



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograrla recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

NIT, 900,158,264-2



IX. ANEXOS



DR. PEDRO A. OJEDA CAMARGO

MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA No. 11463 S. S. B
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO	X	PERIODICO		RETIRO	
---------	---	-----------	--	--------	--

NOMBRE	JEAN CARLOS BALDIRIS MARQUEZ				FECHA	08 AGOSTO 2019	
DOCUMENTO	1.151.471.731	DE: REPELON	C.C	X	T.I		C.E
CARGO	AYUDANTE			TELEFONO: 302 380 43 86		EDAD	30
EMPRESA	INDEPENDIENTE			NIT			6



Exámenes para clínicos practicados				EXÁMENES DE LABORATORIO	
Evaluación medico ocupacional	Si ☒	No		Glicemia	Otros
Visiometria	Si ☒	No		Colesterol	Cuales
Audiometria	Si	No		Triglicéridos	
Espirometria	Si	No		RADIOGRAFÍAS	
Prueba de equilibrio	Estable ☒	Inestable			

El suscrito medico hace constar que el dtdo usuario se presentó a valoración médica, se emite el siguiente concepto

REQUISITOS DE SALUD				CONCEPTO DE APTITUD	
	Si	No	Aplazado	No aplica	Sin limitaciones o restricciones para el cargo ☒
Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	☒				Con limitaciones o restricciones para el cargo
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos					Aplazado:
Otro:					Examen de retiro:

CONCEPTO	Apto Para Laborar	Si ☒	No	Apto Para Trabajar En Alturas	Si ☒	No
----------	-------------------	--	----	-------------------------------	--	----

RECOMENDACIONES: USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS, LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA Y EJERCICIO

El suscrito trabajador declara que los datos suministrados son verdaderos; los resultados fueron consignados en la historia clínica ocupacional, archivada en nuestra institución.

Dr. Pedro A. Ojeda Camargo
DR. PEDRO A. OJEDA CAMARGO
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LSO 11463 SSB

Jean Carlos Baldiris
TRABAJADOR EXAMINADO
C.C. 1.151.471.731

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION SOBRE MIS
ENFERMEDADES Y MI ESTADO DE SALUD



IMPRESIÓN DACTILAR

CARRERA 21 No. 26 A 36 SUR. TEL. 2392148 - 3661723 CITA PREVIA: 3124915014
sjocupacional@hotmail.com - web: sjocupacional.com

355

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CUNDINAMARCA

79.266.706

PÉREZ
JOSE ANTONIO

[Signature]

[Portrait Photo]

[Fingerprint]

FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1962
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M
ESTATURA G.S. HH SEXO

05-JUN-1981 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

[Barcode]

A:1500150-0019#200-M-0079266706-20091123 0018241635A 1 1870104371

Medellín, 01 de febrero de 2020

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 ECOTEC COLOMBIA 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:	0000000005 RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C79266706	PEREZ JOSE ANTONIO	02/02/2020		T1882151	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 01/02/2020 08:52:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

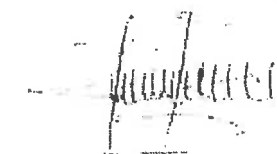
Dirección IP: 181.54.252.239, 172.16.42.57

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JOSE ANTONIO PEREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79266706**, se encuentra afiliado (a) desde **05/05/2005** 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 31 de enero de 2020.



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.



No de Radicación

4004756864

Fecha de Radicación

01/01/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐	B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual: ☐	- Cotizante Cabeza de familia ☒	A. Contributivo ☒	
4. Tipo de afiliado		B. Colectiva ☐	- Beneficiario afiliado adicional ☐	B. Subsidado ☐	
A. Cotizante ☒	B. Cabeza de Familia ☐	C. Beneficiario ☐	B. De oficio ☐	5. Tipo de cotizante	
		A. Dependiente ☒	B. Independiente ☐	C. Pensionado ☐	6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>

A. AFILIACIÓN

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

7. Apellidos y nombres		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
PEREZ Primer apellido		Segundo apellido		JOSE Primer nombre		ANTONIO Segundo nombre	
7. Tipo documento de identidad		79266706		Femenino ☐ Masculino ☒		01/01/1962	
CC							

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FNM Condición TIP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		PORVENIR FPC		877803			
18. Residencia		3115851054		CARLOSAGERENCIA@GMAIL.COM			
CR 103C 132 78 AP 201 Dirección		Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico	
BOGOTA Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		BOGOTA 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 completos		20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
						Femenino ☐ Masculino ☐			

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

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

Datos complementarios

Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
				Tipo N M		T P	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)					
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 Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS SUBA - VS SUBA		VSSUBA - VSSUBA	
B -		-	
B -		-	
B -		-	

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 de identificación		37. Número de documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
ECOTEC COLOMBIA SAS		NIT		901130196		01	
39. Ubicación		40. Correo electrónico		41. Municipio/distrito		42. Departamento	
CL 147 101 46 OF 182 Dirección		4672139 Teléfono		GERENCIA.LOG2017@GMAIL.COM Correo electrónico		BOGOTA Municipio/distrito	
						BOGOTA Departamento	

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
☐ 3. Actualización documento de identidad
☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
 Código:
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
☐ 10. Terminación de la 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 del pensionado

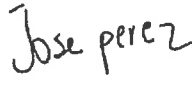
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo		Fecha de nacimiento	42.Fecha		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐			01/01/2020		
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código: <input type="text"/>		45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐ 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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia 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 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 celular como mensaje de texto.

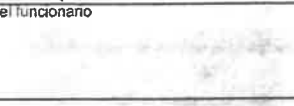
V. MAS

54. Cotizante o 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: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
☐ 62. Documento en que conste la 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 padres.
☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio		Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		
Documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario				
<input type="text"/>		<input type="text"/>						
Observaciones								

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



CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

CO 1104000 10 - 40 Y 731 01 M

Unión IPS Resolución No 10119 de 24/06/2017
No. 0021402114-0

EXAMEN DE PERIÓDICO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0

Fecha: Febrero 01 de 2020

Hora: 7:45



DATOS GENERALES

IDENTIFICACIÓN: 7036706

PACIENTE: PÉREZ JORGE ANTONIO

FECHA NACIMIENTO: 03 de 1963

LUGAR: BOGOTÁ

EDAD: 37

ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE

No hijos: 3

SEXO: Masculino

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: JOSE ANTONIO PEREZ

EPS: SALUD TOTAL

ABO: SURA

CARGO A OBTENER: PLOMERO

EMPRESA MISION: NO APLICA

ACT. ECONOMICA:

ACT: COLPENSIONES

EXAMENES PARACLINICOS

ALDIFONOMETRIA: CONTROL ANUAL POR OUI. ANTE LA PRESUNTA DE ALTERACION EN LAS BANDAS AUDITIVAS

VISOMETRIA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PERCUMETRIA: NO SE REALIZA

ESPIROMETRIA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRIA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERIL LIPIDICO (NORMAL), GLUCEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: SATISFACTORIO - APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO DE GAFAS PERMANENTES

RECOMENDACIONES

VALORACION POR OPTOMETRIA

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

CAMBIO DE HABITOS ALIMENTARIOS, REALIZAR EJERCICIO

RECOMENDACIONES

Valoradas por Nutrición

Uso de gafas permanentes

Uso de dispositivos protectores personales individuales para la actividad

Pruebas ASAT para MMS

Higiene personal y de ambientes

Recomendaciones Dietéticas

Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, manejo emergencia

Indicar seguimiento vigilancia epidemiológica en VISUAL / CARDIOVASCULAR

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que los resultados dados por mí en el examen médico están completos, los verifico y garantizo la independencia del personal médico, separamos del examen médico libre e informado para la realización de las actividades laborales y posibles contingencias por voluntad de la empresa empleadora, así como cumpliendo con las normas y sus compromisos a seguir las recomendaciones dadas por el profesional



CARLOS MÉNDEZ

COSELECUTIVO DE LA EPS

Unión IPS

Unión IPS

Unión IPS



JORGE PÉREZ

Unión IPS

Unión IPS

Unión IPS

1281

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.346.128**
JIMENEZ FAJARDO

APellidos
CARLOS MARIO

NOMBRES

Carlos Mario JF
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-OCT-1988**

CERETE
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

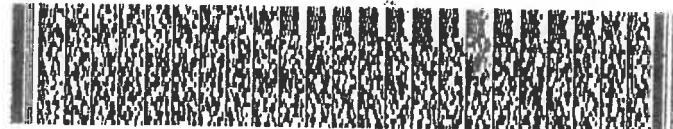
1.73
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

23-OCT-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00689534 M-1012346128-20150421

0043944167A 1

1313319068

Medellín, 10 de febrero de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

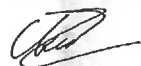
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANCER CONSTRUCTOR SAS que se encuentra EN COBERTURA.

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:	0000000005 VOTO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C101234612 8	JIMENEZ FAJARDO CARLOS MARIO	11/02/2020		234v1262	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 10/02/2020 18:53:47 .

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

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

Dirección IP: 186.84.30.147, 172.16.42.57

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CARLOS MARIO JIMENEZ FAJARDO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1012346128**, se encuentra afiliado (a) desde **01/10/2007** 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 08 de febrero de 2020.



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.



No de Radicación

4004810812

Fecha de Radicación

1/0/2/2/0/2/0

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐	B. Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: ☐	- Cotizante Cabeza de familia ☒	A. Contributivo ☒
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		B. De oficio ☐	
A. Cotizante ☒	B. Cabeza de Familia ☐	C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒	B. Independiente ☐	C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS)					1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
JIMENEZ Primer apellido		FAJARDO Segundo apellido		CARLOS Primer nombre		MARIO Segundo nombre		09/10/1988	
CC		1012346128		Femenino ☐		Masculino ☒			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial		
6		Tipo FNM		Condición TP				
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL			16. Administradora de Pensiones			17. Ingreso base de cotización - IBC		
ROYAL & SUNALLIANCE SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.			INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL			877803		
18. Residencia			2314523			NT@GMAIL.COM		
CL 123 NON67M09 Dirección			Teléfono fijo			Teléfono celular		
TENJO Municipio/Distrito			zona Urbana ☒			CUNDINAMARCA Departamento		
			Rural ☐			Localidad / comuna		

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		20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
						Femenino ☐		Masculino ☐	

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
B1				Tipo F N M		T P	
B2							
B3							
B4							
B5							
32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)					
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 Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C CLINICA CHIA SA TENJO - CLINICA CHIA SA TENJO		CLCHIATENJ - CLCHIATENJ	
B			
B			
B			

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 de identificación		37. Número de documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
ANCER CONSTRUCTOR SAS		NIT		901206646		01	
Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/distrito	
DG 151 B 136 A 80 CA 39		3474324		ANCERCONSTRUCTOR@GMAIL.COM		BOGOTA	
						BOGOTA	
						Departamento	

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

Nº de Radicación

4004810812

Página 2 de 2

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la 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 del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

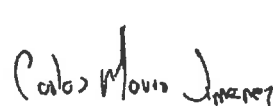
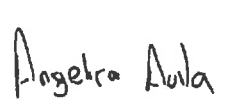
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento
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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia 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 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 Decr eto 1377 de 2013
- ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

 54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
---	--

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TL. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
- Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la 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 padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	71. Firma del funcionario		
documento de identidad	Número documento de identidad					
Observaciones						

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



Instituto Espinal Germán
 Medicina y Hospital Universitario Nacional - Especialista en Salud Ocupacional - Universidad Manuel Beltrán
 Atención y diagnóstico de la enfermedad de la columna vertebral
 Medicina - Odontología - Laboratorio Clínico

7551

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



Empresa Ancor Constructor SAS Fecha 16/07/19
 Nombre Carlos Mario Jimenez Documento 101234612B
 Cargo Oficial de construcción EPS Salud Total AHI Edad 30
 Dirección Cr 94 # 42-31 Teléfono 3142707191 Hemoclasiación A+

TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL

Trabajo en alturas	☒	Ergo	☒	Psicológico	☐	Rehabilitación	☐
Ingreso laboral	☒	Manipulación manual	☒	Trabajos confinados	☐		☐
otro	☐						

EXAMENES REALIZADOS

Examen físico	☒	Visiometría	☒	Glicemia	☒
Perfil lipídico	☐	Enfasis músculo esquelético	☒	Audiometría	☐
Espirometría	☐	Frotis faringeo	☐	KOH uñas	☐

CONCEPTO MEDICO

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

RESTRICCIONES LABORALES Y/O RECOMENDACIONES

Apto ingreso laboral y trabajo en alturas

El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y las recomendaciones respectivas. La resolución 1938 de junio de 2009 del ministerio de protección social establece que el empleador solo puede conocer el concepto médico del examen. La historia clínica y exámenes paraclínicos deben ser puestos en custodia en IPS, médico especialista o enviados a IPS a que pertenezca el trabajador quien igualmente tiene derecho a tener copia del su historial. Se entregan para el trabajador examen físico y paraclínicos y se informa sobre los resultados de su evaluación médica.

Carlos Mario
 Firma del trabajador

[Firma]
 Firma y sello del profesional médico

Atención Telefónica y de Pacientes Únicamente de Lunes a Sábado de 8:00 a. m. a 12:00 m.
 Confirmación de exámenes al correo electrónico

Transversal 94 No. 80A - 75 Piso 2 • Tel: 472 82 16 - 310 799 8598

E-mail: gespinelinedicinalaboral@hotmail.com • Bogotá D.C.

Horario de 8:00 a. m. - 12:30 p. m. de Lunes a Sábado



SERVICIOS DE GESTION
INTEGRADA S.A.S.

Resolución en SST 2289 de 2018
NIT: 900.477.323-7

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y
ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO
EN ALTURAS



NIVEL AVANZADO - DURACIÓN DE 40 HORAS

CARLOS MARIO JIMENEZ FAJARDO

Documento de Identidad: C.C. 1.012.346.128

Fecha y lugar de capacitación: 2019-08-17 NEIVA

Fecha y lugar de expedición: 2019-08-17 NEIVA

No. Certificado: TSAA201913217 RH: A*

NO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.101.388.390
POSADA RODRIGUEZ

2011000
LUIS EDUARDO

2011000

Luis Posada



Juana Isabel Rodriguez
3224941599



FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1994

GUARANDA
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

B+
GRUPO SANG

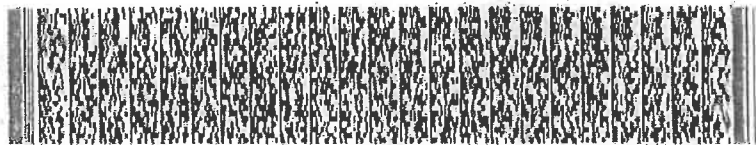
M
SEXO

03-MAY-2012 GUARANDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ADEL SANCHEZ TORRES

INDICE DE FIEGRO



F 2004900-00205206 M-1101388390-20120820

0020304203A 1 38205496

Medellin, 03 de Febrero de 2020

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 CARTISAVAI CONSTRUCCIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PPAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C79715009	BENAVIDES BALLESTEROS ARGEMIRO	04/02/2020		13320715	DEPENDIENTE
C00133040	URREA ARANGO MANUEL ANDRES	04/02/2020		12623116	DEPENDIENTE
C110145290	RUIZ JULIO MANUEL ENRIQUE	04/02/2020		8231992	DEPENDIENTE
C110144539	VIDES JULIO OSCAR DAVID	04/02/2020		61351391	DEPENDIENTE
C110136839	POSADA RODRIGUEZ LUIS EDUARDO	04/02/2020		UTx19211	DEPENDIENTE
C100602913	GUARNIZO HERNAN DARIO	04/02/2020		PQ163191	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: C797133732003459017

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 cancelación.

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/02/2020 16:23:37.

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

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

Dirección IP: 186.84.89.230, 172.16.42.57



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

La certificación de afiliación otorgada por el
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

LUIS EDUARDO POSADA RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía
1.101.388.390, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 03 de Febrero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 1 de 2

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. C/afgo <input type="text"/> ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 9. Acto de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	☐ 11. Vencimiento de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: <table border="0"> <tr> <td>☐ A. Régimen Contributivo</td> <td>☐ 9. Régimen Subsidado</td> </tr> <tr> <td>☐ B. Mismo Régimen</td> <td>☐ 10. Mismo Régimen</td> </tr> <tr> <td>☐ C. Diferente Régimen</td> <td></td> </tr> </table> ☐ 14. Traslado ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de producción al estante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado	☐ A. Régimen Contributivo	☐ 9. Régimen Subsidado	☐ B. Mismo Régimen	☐ 10. Mismo Régimen	☐ C. Diferente Régimen	
☐ A. Régimen Contributivo	☐ 9. Régimen Subsidado						
☐ B. Mismo Régimen	☐ 10. Mismo Régimen						
☐ C. Diferente Régimen							

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐	<input type="text"/>
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Capi de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y el/los afiliados.
☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
☐ 49. Declaración de validez de la inscripción 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 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. El titular, responsable de familia o beneficiario

José Rosado

55. El empleador, autoritario o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

Nelson Jeller

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad.

Cantidad:	CA	CC	CI	CO	FA	DE	CD	BC	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 declaración de los padres o la declaración conjunta con el otro padre sobre la custodia 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 autoriza la calidad de beneficiario o se autoriza 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	68. Fecha de nacimiento	69. Fecha de validación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Número de foto <input type="text"/> Fecha <input type="text"/> Edad <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

RECOMENDACIONES

Recuerda 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.

Ten encuenta
los siguientes
TIPS:

- Diligenciarlo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligenciar los espacios sin tachaduras ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en www.madimur.com.co