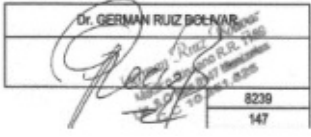
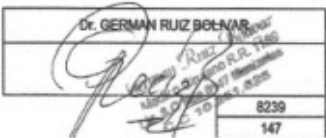


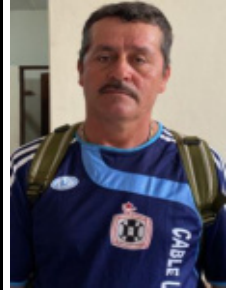
CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	OSCAR CHAVARRO CARVAJAL	
CC	6.010.512	56 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3127992691	
CARGO	OFICIAL DE OBRA	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	22/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE PRACTICO DE OBRA		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO LABORAL PARA EL TRABAJO DE ALTURAS				
NOMBRE	PEDRO ANGEL CASALLAS CASTIBLANCO			
CC	3231849	63 AÑOS		
ESTADO CIVIL	SOLTERO			
TELÉFONO	3135046325			
CARGO	MAESTRO DE OBRA			
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS			
Fecha del examen médico	22/02/2024			
PREINGRESO	X			
<p align="center">RESULTADO DEL EXAMEN:</p> <p>A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:</p>				
			<p>CON RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS</p>	
			<p>CERTIFICACION VALIDA POR 1 AÑO A PARTIR DE LA FECHA</p>	
<p align="center">X</p> <p align="center">22/02/2024</p>				
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas psicofísicas para descartar vertigo, evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa la realización de <u>exámenes complementarios</u>; cuando se considere pertinente o se realizarán cuando se contemplen en el profesigramas. Los datos que el examinado suministra durante ésta evaluación influyen en el resultado final del concepto.</p>				
<p align="center">RECOMENDACIONES</p>				
<p>SEGÚN LA VALORACION CLINICA, PRUEBAS NEUROLOGICAS DE VERTIGO Y COORDINACION MOTORA, EL EXAMINADO SE CONSIDERA PUEDE REALIZAR SU LABOR HABITUAL HASTA 2 MTS DE ALTURA. RESTRICCION TEMPORAL POR 3 MESES Y HASTA CONCEPTO DE CARDIOLOGIA POR SU ENTIDAD DE SALUD. SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL; REALIZACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS: GLICEMIA: NORMAL - PERFIL LIPIDICO NORMAL - ELECTROCARDIOGRAMA: ALTERADO. CONFORME A LA EDAD Y AL NIVEL DE RIESGO CONTEMPLADO POR EL CARGO.</p>				
<p>Para trababajadores mayores de 45 años se sugiere la realizacion de perfil lipidico, glicemia . audiometria, visiometria y electrocardiograma y seguir las recomendaciones en prevención del ministerio (de examens para los quinquenios) Valoracion Neurologica y pruebas de equilibrio normales</p>				
<p align="center">RESTRICCIONES</p>				
<p align="center">NINGUNA</p>				
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio</p>				
<p>Nombre y cargo del profesional responsable</p> <p>Medico especialista en salud ocupacional</p> <p>Firma</p> <p>Registro medico N°</p> <p>Licencia de SO N° 75054 DE LA TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS.</p>				
<p align="center"><i>Carrera 24 N° 51 - 45 Consultorio 106 Edificio Clarabet de Versailles. Manizales Tel: 3148888508.</i></p> <p align="center"><i>Cra 5 N° 10 -03 Anserma cds. Tel: 3215830557</i></p>				
<p>La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.</p>				

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO LABORAL PARA EL TRABAJO DE ALTURAS				
NOMBRE	CARLOS ARTURO ECHEVERRY SUAREZ			
CC	1130615318	35 AÑOS		
ESTADO CIVIL	SOLTERO			
TELÉFONO	3158785457			
CARGO	AYUDANTE PRACTICO DE OBRA			
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS			
Fecha del examen médico	22/02/2024			
PREINGRESO	X			
<p align="center">RESULTADO DEL EXAMEN:</p> <p>A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:</p>				
			<p>SIN RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS</p>	
			<p>CERTIFICACION VALIDA POR 1 AÑO A PARTIR DE LA FECHA</p>	
<p align="center">El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas psicofísicas para descartar vertigo, evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa la realización de <u>exámenes complementarios</u>; cuando se considere pertinente o se realizarán cuando se contemplen en el profesiograma. Los datos que el examinado suministra durante ésta evaluación influyen en el resultado final del concepto.</p>				
<p align="center">RECOMENDACIONES</p>				
<p>SEGUN LA VALORACION CLINICA, PRUEBAS NEUROLOGICAS DE VERTIGO Y COORDINACION MOTORA, EL EXAMINADO SE CONSIDERA APTO PARA LABORES EN ALTURAS.</p> <p>SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL; REALIZACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS: GLICEMIA: NORMAL - PERFIL LIPIDICO NORMAL . CONFORME A LA EDAD Y AL NIVEL DE RIESGO CONTEMPLADO POR EL CARGO.</p> <p>Para trababajdores mayores de 45 años se sugiere la realizacion de perfil lipidico, glicemia . audiometria, visiometria y electrocardiograma y seguir las recomendaciones en prevención del ministerio (de examens para los quinquenios) Valoracion Neurologica y pruebas de equilibrio normales</p>				
<p align="center">RESTRICCIONES</p>				
<p align="center">NINGUNA</p>				
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio</p>				
<p>Nombre y cargo del profesional responsable</p> <p>Medico especialista en salud ocupacional</p> <p>Firma</p> <p>Registro medico N°</p> <p>Licencia de SO N° 75054 DE LA TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS.</p>				
<p align="center">  </p>				
<p align="center"><i>Carrera 24 N° 51 - 45 Consultorio 106 Edificio Clarabet de Versailles. Manizales Tel: 3148888508.</i></p> <p align="center"><i>Cra 5 N° 10 -03 Anserma cds. Tel: 3215830557</i></p>				
<p>La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.</p>				
FIRMA				

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO LABORAL PARA EL TRABAJO DE ALTURAS				
NOMBRE	JUAN PABLO ARANGO VALENCIA			
CC	1004555933	21 AÑOS		
ESTADO CIVIL	SOLTERO			
TELÉFONO	3158785457			
CARGO	AYUDANTE DE OBRA			
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS			
Fecha del examen médico	22/02/2024			
PREINGRESO	X			
<p align="center">RESULTADO DEL EXAMEN:</p> <p>A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:</p>				
			<p>SIN RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS</p>	
			<p>CERTIFICACION VALIDA POR 1 AÑO A PARTIR DE LA FECHA</p>	
<p align="center">X</p> <p align="center">22/02/2024</p>				
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas psicofísicas para descartar vertigo, evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa la realización de <u>exámenes complementarios</u>; cuando se considere pertinente o se realizarán cuando se contemplen en el profesiograma. Los datos que el examinado suministra durante ésta evaluación influyen en el resultado final del concepto.</p>				
<p align="center">RECOMENDACIONES</p>				
<p>SEGÚN LA VALORACION CLINICA, PRUEBAS NEUROLOGICAS DE VERTIGO Y COORDINACION MOTORA, EL EXAMINADO SE CONSIDERA APTO PARA LABORES EN ALTURAS.</p> <p>SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL; REALIZACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS: GLICEMIA: NORMAL - PERFIL LIPIDICO: NORMAL - CONFORME A LA EDAD Y AL NIVEL DE RIESGO CONTEMPLADO POR EL CARGO.</p> <p>Para trababajdores mayores de 45 años se sugiere la realizacion de perfil lipidico, glicemia . audiometria, visiometria y electrocardiograma y seguir las recomendaciones en prevención del ministerio (de examens para los quinquenios)</p> <p align="center">Valoracion Neurologica y pruebas de equilibrio normales</p>				
<p align="center">RESTRICCIONES</p>				
<p align="center">NINGUNA</p>				
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio</p>				
<p>Nombre y cargo del profesional responsable</p> <p>Medico especialista en salud ocupacional</p> <p>Firma</p> <p>Registro medico N°</p> <p>Licencia de SO N° 75054 DE LA TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS.</p>				
<p align="center">  Dr. GERMAN RUIZ BOLIVAR Medico Especialista en Salud Ocupacional S.O. N° 75054 DE LA TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS 8239 147 </p>				
<p align="center">Carrera 24 N° 51 - 45 Consultorio 106 Edificio Clarabet de Versailles. Manizales Tel: 3148888508.</p> <p align="center">Cra 5 N° 10 -03 Anserma cds.Tel: 3215830557</p>				
<p>La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.</p>				

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO LABORAL PARA EL TRABAJO DE ALTURAS				
NOMBRE	GERMAN ANTONIO ZULUAGA ARENAS			
CC	1088937207	33 AÑOS		
ESTADO CIVIL	SOLTERO			
TELÉFONO	3012020548			
CARGO	AYUDANTE DE OBRA			
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS			
Fecha del examen médico	22/02/2024			
PREINGRESO	X			
<p align="center">RESULTADO DEL EXAMEN:</p> <p>A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:</p>				
			<p>SIN RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS</p>	
			<p>CERTIFICACION VALIDA POR 1 AÑO A PARTIR DE LA FECHA</p>	
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas psicofísicas para descartar vertigo, evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa la realización de <u>exámenes complementarios</u>; cuando se considere pertinente o se realizarán cuando se contemplen en el profesigramas. Los datos que el examinado suministra durante ésta evaluación influyen en el resultado final del concepto.</p>				
RECOMENDACIONES				
<p>SEGÚN LA VALORACION CLINICA, PRUEBAS NEUROLOGICAS DE VERTIGO Y COORDINACION MOTORA, EL EXAMINADO SE CONSIDERA APTO PARA LABORES EN ALTURAS.</p> <p>SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL; REALIZACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS: GLICEMIA: NORMAL - PERFIL LIPIDICO NORMAL - CONFORME A LA EDAD Y AL NIVEL DE RIESGO CONTEMPLADO POR EL CARGO.</p> <p>Para trababajdores mayores de 45 años se sugiere la realizacion de perfil lipidico, glicemia . audiometria, visiometria y electrocardiograma y seguir las recomendaciones en prevención del ministerio (de examens para los quinquenios) Valoracion Neurologica y pruebas de equilibrio normales</p>				
RESTRICCIONES				
NINGUNA				
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio</p>				
<p>Nombre y cargo del profesional responsable</p> <p>Medico especialista en salud ocupacional</p> <p>Firma</p> <p>Registro medico N°</p> <p>Licencia de SO N° 75054 DE LA TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS.</p>				
<p align="center"><i>Carrera 24 N° 51 - 45 Consultorio 106 Edificio Clarabet de Versailles. Manizales Tel: 3148888508.</i></p> <p align="center"><i>Cra 5 N° 10 -03 Anserma cds.Tel: 3215830557</i></p>				
<p>La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.</p>				

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO LABORAL PARA EL TRABAJO DE ALTURAS		
NOMBRE	OSCAR CHAVARRO CARVAJAL	
CC	6010512	56 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3127992691	
CARGO	OFICIAL DE OBRA	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	
Fecha del examen médico	22/02/2024	
PREINGRESO	X	
		
RESULTADO DEL EXAMEN: A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
SIN RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS	X	
CERTIFICACION VALIDA POR 1 AÑO A PARTIR DE LA FECHA	22/02/2024	
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas psicofísicas para descartar vertigo, evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa la realización de <u>exámenes complementarios</u> ; cuando se considere pertinente o se realizarán cuando se contemplen en el profesigramas. Los datos que el examinado suministra durante ésta evaluación influyen en el resultado final del concepto.		
RECOMENDACIONES		
SEGÚN LA VALORACION CLINICA, PRUEBAS NEUROLÓGICAS DE VERTIGO Y COORDINACION MOTORA, EL EXAMINADO SE CONSIDERA APTO PARA LABORES EN ALTURAS. SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL; REALIZACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS: GLICEMIA: NORMAL - PERFIL LIPIDICO NORMAL - ELECTROCARDIOGRAMA: NORMAL. CONFORME A LA EDAD Y AL NIVEL DE RIESGO CONTEMPLADO POR EL CARGO.		
Para trababajadores mayores de 45 años se sugiere la realizacion de perfil lipidico, glicemia . audiometria, visiometria y electrocardiograma y seguir las recomendaciones en prevención del ministerio (de examens para los quinquenios) Valoracion Neurológica y pruebas de equilibrio normales		
RESTRICCIONES		
NINGUNA		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable Medico especialista en salud ocupacional Firma Registro medico N° Licencia de SO N° 75054 DE LA TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS.		
Carrera 24 N° 51 - 45 Consultorio 106 Edificio Clarabet de Versailles. Manizales Tel: 3148888508. Cra 5 N° 10 -03 Anserma cds.Tel: 3215830557		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	LUIS MIGUEL GUZMAN ESTRADA	
CC	1.038.110.453	34 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3232982789	
CARGO	OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA	
EMPRESA	M.H INGENIERIA Y ARQUITECTURA	
Fecha del examen médico	04/03/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
<p>RESULTADO DEL EXAMEN:</p> <p>A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:</p>		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
<p>El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.</p>		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	sobrepeso	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA		
<p>1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS. 5. Se le recomienda disminuir peso mediante dieta y ejercicio regular.</p>		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES .		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		



**INFORME DE GESTIÓN
ADMINISTRATIVA Y TÉCNICA DE
LA INTERVENTORÍA No. 03
DEL 01 AL 29 DE FEBRERO DE 2024**

CONSORCIO ETSA-SIGA

8.25. Afiliaciones obra.

Mantenimiento de las vías del eje cafetero: Apia - Viterbo - Asia, ruta 5003; Remolinos-Cauya, ruta 2507; Cauya-La Felisa, ruta 2508, en los departamentos de Caldas y Risaralda, incluye puentes.

Medellín, 14 de Febrero de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000009011 - CONSTRUCCION, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
X5428974	ALBORNOZ CASTRO JESUS	08/02/2024		M2041904	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1053823175	BARRIOS ARISTIZABAL MARIO ALESSANDRO	08/02/2024		24237245	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C15264036	BOLIVAR CARO JOSE YHONNY	14/02/2024		472030b2	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1007144093	CASTAÑEDA MARIN LUIS FERNANDO	14/02/2024		S2381544	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1100337473	CIPRIAN JULIO JUAN DAVID	14/02/2024		148ju206	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C10123132	CONTRERAS NORENA JULIAN ENRIQUE	14/02/2024		S1156Xg1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C9993891	CUBILLOS GALLEGU JUAN CARLOS	14/02/2024		201K2382	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1061368040	ESCOBAR RESTREPO LUIS FERNANDO	14/02/2024		18818610	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C9992278	GIRALDO LUIS ALBERTO	14/02/2024		A32152t2	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C14218623	GUERRERO MOISES	08/02/2024		2491281L	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1110492366	JIMENEZ VILLALBA YORDAN MAURICIO	14/02/2024		N6313214	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1061372453	LOPEZ BERMUDEZ GUSTAVO ADOLFO	14/02/2024		P3914219	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C4549054	LOPEZ CANO JOSE ELIECER	14/02/2024		35129128	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1193552452	LOPEZ QUIROZ JOSE DANIEL	14/02/2024		12251171	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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: C426540102404539695

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 14/02/2024 11:01:35.

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

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

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

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 M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000009011 - CONSTRUCCION, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C9994951	MAPURA BERMUDEZ SAMUEL DE JESUS	14/02/2024		03201803	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1061371632	OSPINA GRANADA JORGE	14/02/2024		14316224	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C9991509	PATÍÑO GRAJALES ELMER DE JESUS	14/02/2024		B30A2412	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
X4914474	RODRIGUEZ MOLINA LEONARDO JOSE	14/02/2024		s182127A	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
X3825280	RODRIGUEZ SANCHEZ ASNARDO RAMON	14/02/2024		i61247i1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1061371036	ROJAS GRANADA ESTEBAN ADRIAN	14/02/2024		B5831194	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1006814672	RUIZ NARVAEZ ARLEX FERNANDO	14/02/2024		13324141	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1016945002	RUIZ NARVAEZ BRAYAN ALFONSO	14/02/2024		24470158	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1088278541	SERNA GONZALEZ JOSE LEONARDO	14/02/2024		13333249	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C4549042	TORRES GRANADA JUAN CARLOS	14/02/2024		22415324	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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: C426540102404539695

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 14/02/2024 11:01:35.

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

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

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	901361235	Cédula Usuario:	CC 1001914924
Nombre:	ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S.				
Dirección:	CL 22 D 11 A 36				
Departamento:	SUCRE		Municipio:	SINCELEJO	
Correo electrónico:	NDLC0623@GMAIL.COM				
Teléfono:	3008636498		Tarifa:	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1001914924	NICOLAS ANTONIO DE LA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	8	20/02/2024	CC 19404522	MAHECHA BERNAL HENRY	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

5BD70212B435D7D5DE8233B5DDFF33B4

Certificado impreso el día 2/19/2024 11:01:39 AM por el portal de empresas Edesk



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
 Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

 Positiva Compañía de Seguros

 @PositivaCol

 PositivaColombia



**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá **(601) 330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

HENRY

MAHECHA BERNAL

19404522

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S.

901361235

Este carné es personal e intransferible.

Medellín, 14 de Febrero de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1002944561	CORTES VALENCIA CARLOS DANIEL	15/02/2024		NU343014	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C12340943192404546423

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 14/02/2024 12:53:43 .

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

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

Dirección IP: 190.24.57.145, 192.230.104.6, 172.16.42.57

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	901361235	Cédula Usuario:	CC 1001914924
Nombre:	ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S.				
Dirección:	CL 22 D 11 A 36				
Departamento:	SUCRE		Municipio:	SINCELEJO	
Correo electrónico:	NDLC0623@GMAIL.COM				
Teléfono:	3008636498		Tarifa:	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1001914924	NICOLAS ANTONIO DE LA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	7	20/02/2024	CC 1002944561	CORTES VALENCIA CARLOS	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

5BD70212B435D7D5DE8233B5DDFF33B4

Certificado impreso el día 2/19/2024 10:59:04 AM por el portal de empresas Edesk



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
 Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia



**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda

MIS_4_1_3_FEB15_v_04



EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá **(601) 330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

CARLOS DANIEL

CORTES VALENCIA

1002944561

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S.

901361235

Este carné es personal e intransferible.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR
Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																								
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE												
CORTES				VALENCIA				CARLOS				DANIEL												
2. TIPO DOCUMENTO		C.N.	SE	R.C.	T.I.	X	C.E.	S.C.	P.A.	C.D.	P.E.	A.S.	P.T.	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1002944561	RÉGIMEN		4. SEXO	X	5. FECHA NACIMIENTO	3	12	00

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.N.	SE	R.C.	T.I.	C.E.	S.C.	P.A.	C.D.	P.E.	A.S.	P.T.
------	----	------	------	------	------	------	------	------	------	------

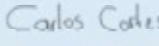
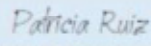
II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
VITERBO	CALDAS		
TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3122671052			IPS ODONTOLÓGICA

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

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DY	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
ENDD CONSTRUCCIONES SAS		X	901361235		
4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CRA 52C 90 175		BARRANQUILLA		ATLANTICO	
TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	
	3102869826				
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL		CARGO U OCUPACIÓN		SALARIO	
15 / 02 / 2024		INGENIERO AUXILIAR		2000000	

IV. FIRMAS

 54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
---	--



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YUDDY PAOLA QUINTERO SANTANILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **40.612.262**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 21/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	901361235	Cédula Usuario:	CC 1001914924
Nombre:	ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S.				
Dirección:	CL 22 D 11 A 36				
Departamento:	SUCRE		Municipio:	SINCELEJO	
Correo electrónico:	NDLC0623@GMAIL.COM				
Teléfono:	3008636498		Tarifa:	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1001914924	NICOLAS ANTONIO DE LA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	14	22/02/2024	CC 40612262	QUINTERO SANTANILLA YUDDY	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

277AB74600D3085FDD5DF094F7FB760F

Certificado impreso el día 2/21/2024 9:29:52 PM por el portal de empresas Edesk



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
 Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

 Positiva Compañía de Seguros

 @PositivaCol

 PositivaColombia



**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá **(601) 330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

**YUDDY PAOLA
QUINTERO SANTANILLA**

40612262

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S.

901361235

Este carné es personal e intransferible.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.612.262

QUINTERO SANTANILLA

APELLIDOS

YUDDY PAOLA

NOMBRES

Yuddy Paola Quintero

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

06-ENE-1984

FLORENCIA
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

15-MAY-2002 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Arriel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-4400100-00267680-F-0040612262-20101125

0024997041A 1

34977950

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4011848682

Fecha de Radicación
2 2 0 2 2 0 2 4

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. tipo de tramite	2. Tipo afiliacion	A. Individual:	-Cotizante Cabeza de familia ☒	3. Regimen
A. Afiliación ☐	B. Colectiva ☐	B. Institucional ☐	-Beneficiario afiliado adicional ☐	A. Contributivo ☒
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante		B. De oficio ☐	B. Subsidiado ☐
A. Cotizante ☒	B. Cabeza de Familia ☐	C. Beneficiario ☐	Codigo (a registrar por la EPS) 1	
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐				

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	QUINTERO Primer apellido	SANTANILLA Segundo apellido	YUDDY Primer nombre	PAOLA Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad		9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	40612262		Femenino ☒ Masculino ☐	0 6 0 1 1 9 8 4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de poblacion especial
6	Tipo FNH Condicion TP		
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000	
18. Residencia	3226511603	YUDDYPAOLA@GMAIL.COM	
CL 6 9 11 Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
PEREIRA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	RISARALDA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

Datos complementarios

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C ESE SALUD PEREIRA MEDICO - ESE SALUD PEREIRA ODONTOLOGIA	ESESALUPER - ESESALUODO
B -	-
B -	-
B -	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ENDD CONTRUCCIONES SAS	NIT	901361235	01
39. Ubicación	ENDDCONSTRUCCIONES@GMAIL.COM		PEREIRA
CR8 7 63 Dirección	2013649 Teléfono	Correo electrónico	Municipio/distrito
			RISARALDA Departamento

No de Radicacion

4011848682

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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
- ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
- ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo		Fecha de nacimiento		42.Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐				2/2/02 2/2/02/4	
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 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 Decreto 1377 de 2013
- ☐ 53. 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. ☐ 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
<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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo 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.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 21/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	901361235	Cédula Usuario:	CC 1001914924
Nombre:	ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S.				
Dirección:	CL 22 D 11 A 36				
Departamento:	SUCRE		Municipio:	SINCELEJO	
Correo electrónico:	NDLC0623@GMAIL.COM				
Teléfono:	3008636498		Tarifa:	6.960	
Actividad Económica:	5411201 CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCION DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACION DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1001914924	NICOLAS ANTONIO DE LA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	15	22/02/2024	CC 1061373424	MUÑOZ CASTAÑO IRENE	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

277AB74600D3085FDD5DF094F7FB760F

Certificado impreso el día 2/21/2024 9:33:54 PM por el portal de empresas Edesk



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
 Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

 Positiva Compañía de Seguros

 @PositivaCol

 PositivaColombia



**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Instituci  n Prestadora de Salud (IPS) asignada en la l  nea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogot   (**601) 330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

IRENE

MU  OZ CASTA  O

1061373424

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S.

901361235

Este carn   es personal e intransferible.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.061.373.424

MUNOZ CASTAÑO

APELLIDO

IRENE

NOMBRES

Irene Muñoz Castano

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

13-OCT-1999

VITERBO
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

20-OCT-2017 VITERBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GILBERTO VACHA

P-0913300-00954216-F-1061373424-20171110

0058406379A 1

49234311

Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado



* 0 1 B 1 4 8 7 9 8 1 3 *



* 0 1 0 8 8 2 4 9 7 3 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE
A. AFILIACIÓN ☒ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐
2. TIPO DE AFILIACIÓN
A. Individual ☒ a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. RÉGIMEN
C. Contributivo ☒ S. Subsidiado ☐
4. TIPO DE AFILIADO
CO Cotizante ☒ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐
5. TIPO DE COTIZANTE
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ D. Independiente por prestación de servicio ☐
CÓDIGO 01 FECHA DE LA SOLICITUD 23 02 2024

A. AFILIACIÓN
B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)
6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO MUÑOZ SEGUNDO APELLIDO CASTAÑO PRIMER NOMBRE IRENE SEGUNDO NOMBRE
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1061373424 9. SEXO ☒ M ☐ F
10. FECHA NACIMIENTO 13 10 1999
11. ORIGEN Étnico ☐ Tipo ☐ Condición ☐ 12. DISCAPACIDAD ☐ 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN ☐ 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL ☐ 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC 1300000 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
LOCALIDAD / COMUNA BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO VITERBO DEPARTAMENTO CALDAS
TELÉFONO Fijo 3146068810 TELÉFONO Celular 3146068810
CORREO ELECTRÓNICO 11026

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante))
19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 22. SEXO ☐ M ☐ F 23. FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO
24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS

25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 26. NÚMERO DE IDENTIDAD 27. SEXO ☐ M ☐ F 28. FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO
29. PAREJERO ☐ SI ☐ NO 30. DISCAPACIDAD ☐ Tipo ☐ Condición ☐
31. DATOS DE RESIDENCIA
Código ☐ Tipo ☐ Condición ☐
32. VALOR UPE AFILIADO ADICIONAL ☐ 33. Nombre y código de la EPS ☐ 34. Excepción del traslado ☐
35. Tipo documento de identidad ☐ 36. Número documento de identidad ☐ 37. Tipo de afiliante o pagador de pensiones ☐

38. Nombre o Razón Social ENDO CONSTRUCCIONES SAS
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN Calle 90 175. BARRIO ATLANTICO
40. FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL 22 02 2024 CARGO AUXILIAR JDT SALARIO 1300000
41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ 42. FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO
43. EPS ANTERIOR Código NUEVA EPS
44. Excepción del traslado ☐
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

B. REPORTE DE NOVEDADES
46. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐
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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐
13. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐
14. TRASLADO
A) USUARIO RÉGIMEN ☐
B) DEPENDIENTE RÉGIMEN ☐
15. REPORTE DE PASECUMENTO ☐
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ 42. FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO
43. EPS ANTERIOR Código NUEVA EPS
44. Excepción del traslado ☐
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
46. Declaración Juramentada de veracidad. Declaro que someto con esta(s) Señal(es) ☐ Manuscritas con ☐ No ☐
47. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que ellos (los beneficiarios) reportados (s) dependen económicamente de mí ☐
48. Declaración de no sujeción de afiliante al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐
49. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad ☐
50. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional en una Institución Prestadora de Servicios de Salud ☐
51. 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 ☐
52. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren ☐
53. 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 ☐
54. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto ☐

VIII. FIRMAS
54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario ☐ 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio ☐

IX. ANEXOS
56. Anexo copia del documento de identidad ☐ Cantidad ☐ Total ☐
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de matrimonio 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 transacción 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 acta administrativa de custodia ☐
62. Documento en el que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta 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 acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL
66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio ☐ Código del departamento ☐
67. Datos del SISBEN
Número de ficha ☐ Puntaje ☐ Nivel ☐
68. Fecha de radicación DIA MES AÑO
69. Fecha de validación DIA MES AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer apellido Segundo apellido Tercer apellido
Tipo documento de identidad ☐ Número del documento de identidad ☐
71. Firma del funcionario Gloria Yaneth Fandiño M
Asusora Comercio
Nueva EPS
Cel. 310 706 9399
OBSERVACIONES: 1 USUARIO



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

IRENE MUÑOZ CASTAÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.373.424**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



No de Radicacion

4011916375

Fecha de Radicación

0|5|0|3|2|0|2|4

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 B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ - Beneficiario afiliado adicional B. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	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
CHAVARRO Primer apellido	CC	6010512	Femenino ☐ Masculino ☒	1 8 0 5 1 9 6 8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo FINH 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.	PROTECCION	1300000	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular	21. Correo electrónico
VRD VRD LA LORENA 35 123 Dirección		3127992691	NAVARROOSCAR089@HOTMAIL.COM
APIA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	RISARALDA 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
			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			Femenino Masculino	
B1 B2 B3 B4 B5	B1 B2 B3 B4 B5	B1 B2 B3 B4 B5	B1 B2 B3 B4 B5	B1 B2 B3 B4 B5

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

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL APIA - E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL APIA	SANVAPIA - SANVAPIA
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)
M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	NIT	901150090	01
39. Ubicación	40. Correo electrónico	41. Municipio/distrito	42. Departamento
CL 152 56 72 Dirección	3103813094 Teléfono	ASISLTDAMANIZALES@HOTMAIL.COM	MANIZALES CALDAS

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

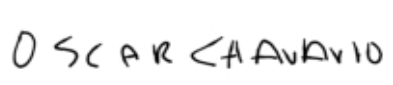
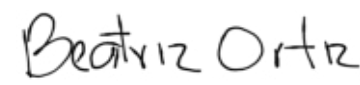
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento	42. Fecha		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐		<input type="text"/>	2/4/02 2/2/02 4		
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 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 Decreto 1377 de 2013.
☐ 53. 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. ☐ 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
<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	
Tipo 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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHAVARRO CARVAJAL OSCAR** identificado(a) con **CC** número **6.010.512** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 1995 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de marzo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2024030520101

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "MANTENIMIENTO DE LAS VIAS DEL EJE CAFETERO: APIA - VITERBO - ASIA, RUTA 5003; REMOLINOS - CAUYA, RUTA 2507; CAUYA LA FELISA, RUTA 2508, EN LOS DEPARTAMENTOS DE CALDAS Y RISARALDA, INCLUYE PUENTES" INDUCCION / REINDUCCION GENERAL Y ESPECIFICA	AREA SST	VERSIÓN 001
		CODIGO G-SST	FECHA ENERO 2024

INDUCCIÓN: x REINDUCCIÓN: xFECHA: DIA 27 MES 09 AÑO 24NOMBRE: OSCAR CHAVARRIOCEDULA: 6010512CARGO: oficialYo, OSCAR CHAVARRIO

recibí inducción y/o reinducción general y específica, en las cuales me dieron instrucciones sobre las generalidades de la empresa, seguridad y salud en el trabajo, gestión humana y me informaron acerca de mis responsabilidades y deberes como trabajador y certifico que he entendido cada uno de los mismos, ya que recibí instrucción, formación y entrenamiento del procedimiento de trabajo. Así mismo fui informado oportuna y convenientemente acerca de los riesgos asociados a la tarea, los métodos de trabajo correcto, y de sus medidas preventivas, además de la identificación, los límites de exposición permisibles, los peligros para la salud y medidas de prevención que deben adoptar para evitar los riesgos.

<p align="center">Generalidades de la empresa y Gestión Humana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfil de cargo: funciones y Responsabilidades del cargo. • Organigrama de la empresa. • Visión, misión y objetivos de la empresa. • Reglamento interno de trabajo. • •
<p align="center">Seguridad y Salud en el Trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos SST. • Política de Seguridad y Salud en el Trabajo. • Política de prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas. • Responsabilidades en seguridad y salud en el trabajo. • Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial. • Reglamento interno de trabajo. • COPASST – Vigía SST. • Comité de Convivencia Laboral. • Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. • Gestión del riesgo. • Medidas de seguridad para tareas de alto riesgo. • Programas de gestión en SST. • Mecanismos de participación de los trabajadores. • Procedimiento en caso de Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad laboral. • Manejo integral de residuos. • Seguridad Vial. • Medio Ambiente. • Plan de Emergencias y Evacuación.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "MANTENIMIENTO DE LAS VIAS DEL EJE CAFETERO: APIA - VITERBO - ASIA, RUTA 5003; REMOLINOS - CAUYA, RUTA 2507; CAUYA LA FELISA, RUTA 2508, EN LOS DEPARTAMENTOS DE CALDAS Y RISARALDA, INCLUYE PUENTES" INDUCCION / REINDUCCION GENERAL Y ESPECIFICA	AREA	VERSION
		SST	001
		CODIGO G-SST	FECHA ENERO 2024

- Sistema de Alarma y Punto de Encuentro.
- Brigada de Emergencias.
- Procedimientos Operativos Normalizados.
- Clasificación de Riesgos.
- Matriz de Riesgos.
- Normas de Seguridad.
- Socialización y explicación Formato Inicio y Fin de Jornada.
- Medidas de seguridad para la prevención de enfermedades respiratorias.
- Autocuidado y uso correcto de los elementos de protección personal.
- Beneficios y generalidades de la seguridad social.
-
-
-

Inducción específica en el cargo

- Procedimientos aplicables al cargo.
- Normas de seguridad relacionadas con el cargo.
- Dinámica de las actividades a realizar.
- Comunicación.
- Registros aplicables al cargo.
-
-
-

Observaciones:

--

Como trabajador me comprometo a hacer uso adecuado de los elementos de protección personal que me asignen, mantenerlos en buen estado y solicitar el cambio oportunamente. Declaro que conozco el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y las normas generales del SG-SST de la empresa y las cumpliré a cabalidad en todas sus partes. Me comprometo actuar de manera segura, con el fin de prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

OSCAR CHAVARRA

Firma Trabajador

cc. 6010512

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO: G-SST-F-011	VERSIÓN
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN	FECHA: ENERO 2024	001
OBJETO:	"MANTENIMIENTO DE LAS VÍAS DEL EJE CAFETERO: APIA - VITERBO - ASIA, RUTA 5003; REMOLINOS - CAUYA, RUTA 2507; CAUYA LA FELISA, RUTA 2508, EN LOS DEPARTAMENTOS DE CALDAS Y RISARALDA, INCLUYE PUENTES" DEL MUNICIPIO DE PEREIRA		
NOMBRE:	oscar chavarro	No. CEDULA:	6010512
EMPRESA:	ENDD	OBRA:	VITERBO
CARGO:	oficial	FECHA: DI	27 MAR 24

1. Marque con una X la respuesta correcta: ¿si usted sufre un accidente laboral que tiempo tiene para reportarlo?

- Después de ser atendido por el medico
- Al día siguiente del evento
- Debe reportarlo de inmediato ☒
- No es obligación reportarlo

2. Marque con una X 2 de las responsabilidades de los empleados

- Utilización adecuada de los EPP ☒
- Realizar el Pago de la ARL
- Asistencia a capacitaciones y charlas
- Aplicación de prácticas y comportamientos seguros ☒

3. Responda Falso (F) o Verdadero (V), según considere:

- Debo separar los residuos adecuadamente según el código de colores correspondiente ☒ V
- Los incidentes ambientales, NO deben reportarse ☒ F
- Mi área de trabajo debe permanecer en adecuadas condiciones de Orden y Aseo ☒ V
- Un incidente de trabajo es un accidente grave ☒ F

4. Marque con una X 2 de las prohibiciones definidas por la empresa:

- Reportar los incidentes laborales
- Laborar con elementos de protección personal
- Trabajar bajo el efecto de sustancias psicoactivas ☒
- Trabajar en estado de embriaguez ☒

5. Marque con una X las entidades a las cuales lo debe afiliar la empresa

- EPS (entidad promotora de salud) ☒
- AFP (fondo de pensiones) ☒
- Un Plan Exequial
- ARL (administradora de riesgos laborales) ☒

6. Responde Falso (F) o Verdadero (V):

- El reglamento de higiene y seguridad en el trabajo menciona la escala de faltas y sanciones ☒ Falso
- El dominical se debe pagar cuando no se labora la semana completa ☒ Falso
- Antes de realizar una actividad de alto riesgo debo diligenciar el permiso de trabajo ☒ V
- En las empresas se debe conformar el copasst y el comité de convivencia ☒ V

7. Marque con una X una de las políticas socializadas por la empresa

- Política de desplazamiento y orden
- Política de control interno
- Política de seguridad y salud en el trabajo ☒
- Política de prevención del alcohol, tabaquismo y sustancias psicoactivas ☒

8. Escriba 2 clases de riesgos: accidente cobierro corte pulido RA

9. Escriba una modalidad de acoso laboral: discriminación

10. Escriba dos elementos de protección personal que siempre debe utilizar tapaboca casco gafas

11. Conoce y puede identificar un punto de encuentro en su lugar de trabajo? SI NO

12. Escriba la ARL a la cual pertenece PSTV

13. Diga una medida de prevención en actividades con maquinaria amarilla y vehículos grandes: retro-distancia

14. Cual es el objetivo del formato de registro de inicio y fin de jornada: 7 am 5 pm - cond. salud.

FIRMA DEL EVALUADO: oscar chavarro FIRMA DEL EVALUADOR: Vane @*

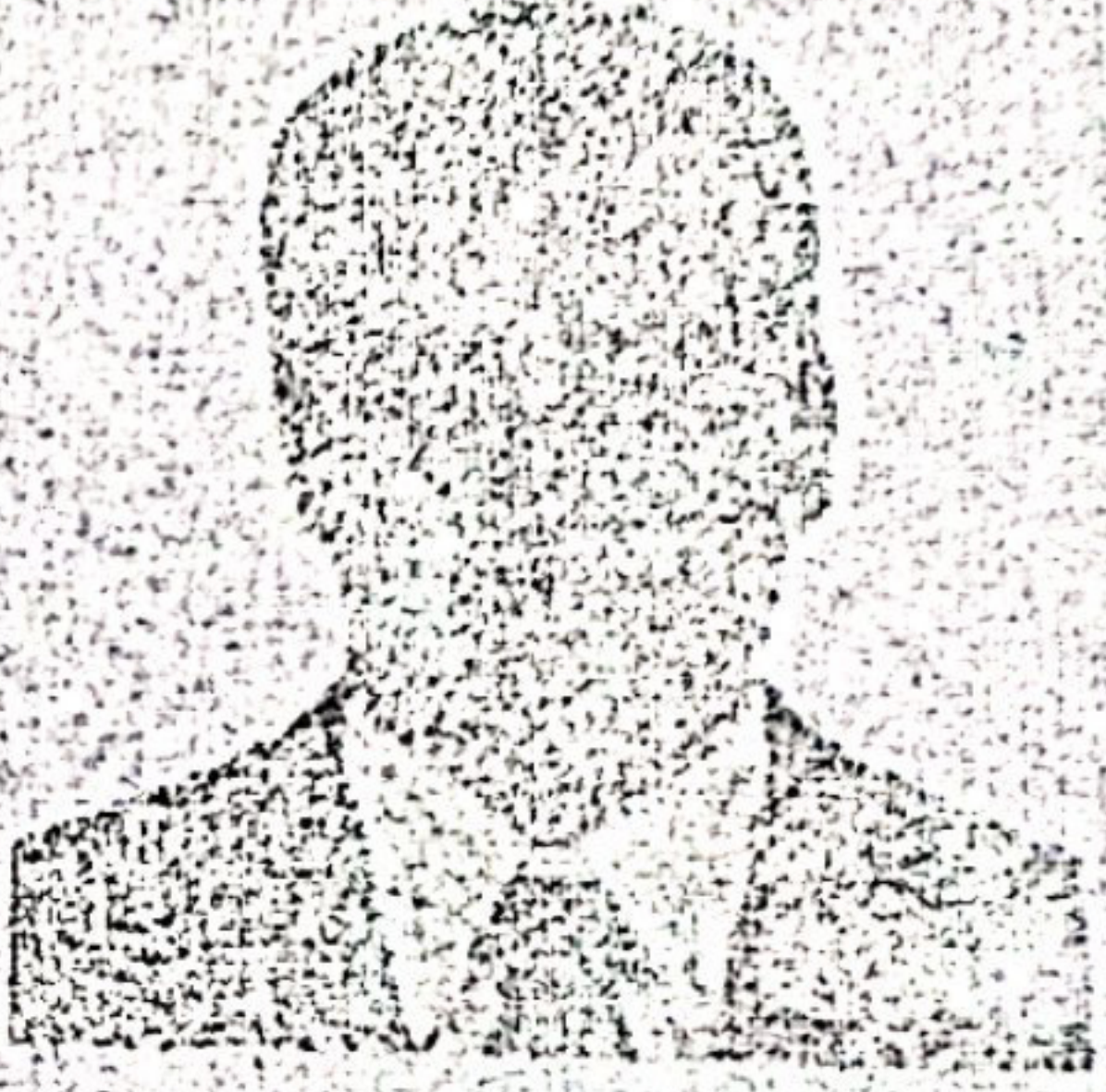
CADA PREGUNTA VALE 10 PUNTOS - PUNTAJE MÍNIMO REQUERIDO PARA APROBAR LA EVALUACIÓN 100 CALIFICACIÓN: (140)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 6.010.512
CHAVARRO CARVAJAL

APELLIDOS
OSCAR

NOMBRES
OSCAR CHAVARRO



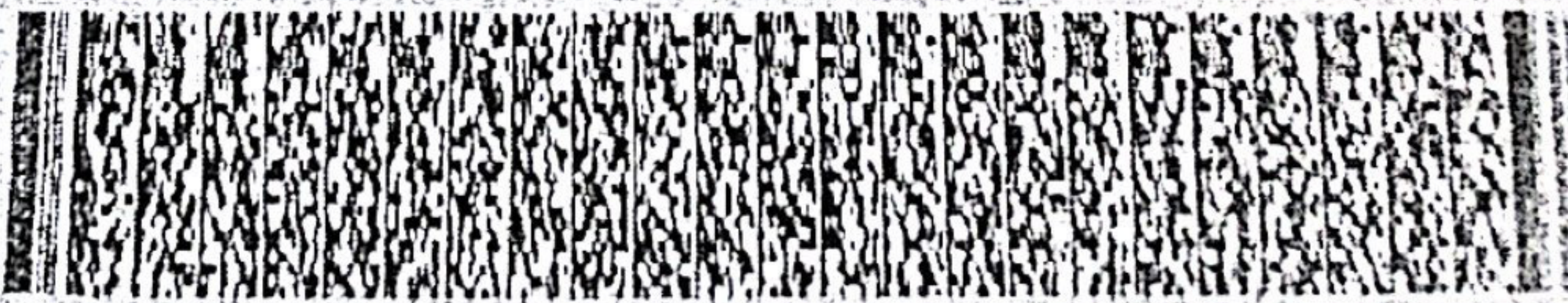
FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1968
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-NOV-1986 CAJAMARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACA

A-2601000-01054359-M-0006010512-20190105 0064042785A 1 50606373



PREVI&SA S.A.S. NIT. 900458169-7

Resolución LPSST1176-22 Secretaría de Salud y Salud en el Trabajo
Resolución 6538 Sec. de Educación Institución para el Trabajo y Desarrollo Humano
Proveedor autorizado Ministerio de Trabajo para formación en protección
Contra caídas en el trabajo en alturas código 08SE20180000000022727
BUREAU VERITAS Alcance Certificación NTC 6072 de 2014 certificación No. CO 1801298

Certifica que

OSCAR CHAVARRO CARVAJAL

Con Cédula de ciudadanía No.6010512

Asistió y aprobó el curso:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL TA 8H

En cumplimiento de la resolución 4272 de diciembre del 2021 del Ministerio del Trabajo, se expide el presente certificado que acredita su idoneidad para todo el Territorio Nacional

Firma PREV&SA S.A.S
Representante Legal

Dado en la ciudad de Pereira el 26 de Febrero del 2024
Registro de certificado 240303 Folio No. 24

JOSE LEONEL RUIZ RINCON
Entrenador, Res. 61998355 del 2019-08-20
SST Resolución LPSST 1019-16 del 2014-02-10



REPUBLICA DE COLOMBIA



77-170-83-50 detrás del albergue deportivo CORDEP, Sector Villa Olímpica



Medellín, 23 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000090 RISARALDA		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C6010512	CHAVARRO CARVAJAL OSCAR	24/02/2024		227176U2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

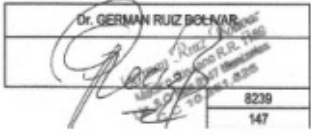
Atentamente,

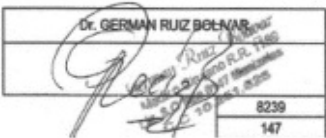
Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/02/2024 14:38:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.149.254, 192.230.104.8, 172.16.42.57

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	OSCAR CHAVARRO CARVAJAL	
CC	6.010.512	56 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3127992691	
CARGO	OFICIAL DE OBRA	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	22/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE PRACTICO DE OBRA		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO LABORAL PARA EL TRABAJO DE ALTURAS		
NOMBRE	OSCAR CHAVARRO CARVAJAL	
CC	6010512	56 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3127992691	
CARGO	OFICIAL DE OBRA	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	
Fecha del examen médico	22/02/2024	
PREINGRESO	X	
<p align="center">RESULTADO DEL EXAMEN:</p> <p>A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:</p>		
SIN RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS	X	
CERTIFICACION VALIDA POR 1 AÑO A PARTIR DE LA FECHA	22/02/2024	
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas psicofísicas para descartar vertigo, evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa la realización de <u>exámenes complementarios</u>; cuando se considere pertinente o se realizarán cuando se contemplen en el profesigramas. Los datos que el examinado suministra durante ésta evaluación influyen en el resultado final del concepto.</p>		
RECOMENDACIONES		
<p>SEGÚN LA VALORACION CLINICA, PRUEBAS NEUROLÓGICAS DE VERTIGO Y COORDINACION MOTORA, EL EXAMINADO SE CONSIDERA APTO PARA LABORES EN ALTURAS.</p> <p>SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL; REALIZACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS: GLICEMIA: NORMAL - PERFIL LIPIDICO NORMAL - ELECTROCARDIOGRAMA: NORMAL. CONFORME A LA EDAD Y AL NIVEL DE RIESGO CONTEMPLADO POR EL CARGO.</p> <p>Para trababajdores mayores de 45 años se sugiere la realizacion de perfil lipidico, glicemia . audiometria, visiometria y electrocardiograma y seguir las recomendaciones en prevención del ministerio (de examens para los quinquenios) Valoracion Neurológica y pruebas de equilibrio normales</p>		
RESTRICCIONES		
NINGUNA		
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio</p>		
<p>Nombre y cargo del profesional responsable</p> <p>Medico especialista en salud ocupacional</p> <p>Firma</p> <p>Registro medico N°</p> <p>Licencia de SO N° 75054 DE LA TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS.</p>		
<p align="center"><i>Carrera 24 N° 51 - 45 Consultorio 106 Edificio Clarabet de Versailles. Manizales Tel: 3148888508.</i></p> <p align="center"><i>Cra 5 N° 10 -03 Anserma cds.Tel: 3215830557</i></p>		
<p>La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.</p>		

FIRMA		
-------	--	--



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GERMAN ANTONIO ZULUAGA ARENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.088.537.207**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 23/02/2024, el empleador M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901150090 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6840904	23/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1088537207	GERMANANTONIO ZULUAGA ARENAS	1300000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-24

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.537.207

ZULUAGA ARENAS

APELLIDOS

GERMAN ANTONIO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
APIA
(RISARALDA)

14-MAR-1990

LUGAR DE NACIMIENTO
1.67

ESTATURA

A-

G.S. RH

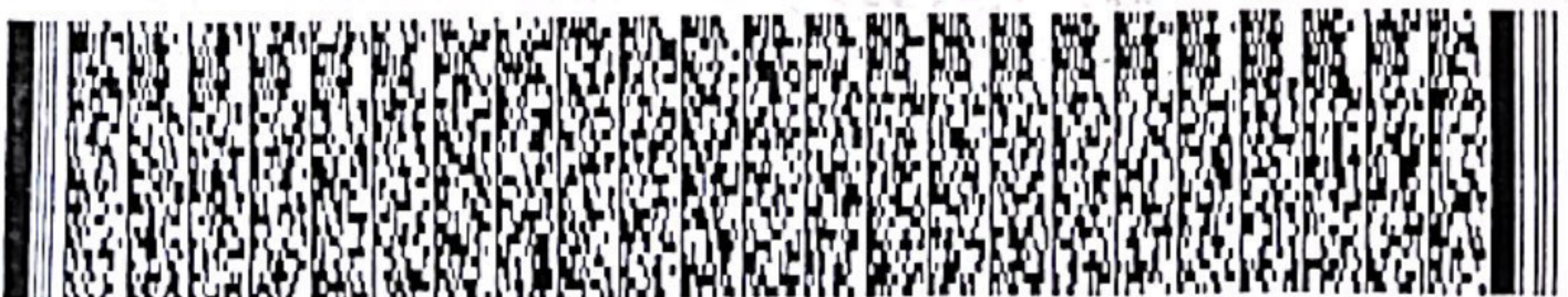
M

SEXO

27-MAR-2008 APIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2400800-00097502-M-1088537207-20081015

0004448909A 1

24913991

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "MANTENIMIENTO DE LAS VIAS DEL EJE CAFETERO: APIA - VITERBO - ASIA, RUTA 5003; REMOLINOS - CAUYA, RUTA 2507; CAUYA LA FELISA, RUTA 2508, EN LOS DEPARTAMENTOS DE CALDAS Y RISARALDA, INCLUYE PUENTES" INDUCCION / REINDUCCION GENERAL Y ESPECIFICA	AREA	VERSIÓN
		SST	001
		CODIGO G-SST	FECHA ENERO 2024

INDUCCIÓN: X REINDUCCIÓN:

FECHA: DIA 27 MES 02 AÑO 2024

NOMBRE: Fernán Antonio Zuluega Arenas

CEDULA: 1088537207 CARGO: Ayudante

Yo, Fernán Antonio Zuluega Arenas recibí inducción y/o reinducción general y específica, en las cuales me dieron instrucciones sobre las generalidades de la empresa, seguridad y salud en el trabajo, gestión humana y me informaron acerca de mis responsabilidades y deberes como trabajador y certifico que he entendido cada uno de los mismos, ya que recibí instrucción, formación y entrenamiento del procedimiento de trabajo. Así mismo fui informado oportuna y convenientemente acerca de los riesgos asociados a la tarea, los métodos de trabajo correcto, y de sus medidas preventivas, además de la identificación, los límites de exposición permisibles, los peligros para la salud y medidas de prevención que deben adoptar para evitar los riesgos.

Generalidades de la empresa y Gestión Humana
<ul style="list-style-type: none"> • Perfil de cargo: funciones y Responsabilidades del cargo. • Organigrama de la empresa. • Visión, misión y objetivos de la empresa. • Reglamento interno de trabajo. • •
Seguridad y Salud en el Trabajo
<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos SST. • Política de Seguridad y Salud en el Trabajo. • Política de prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas. • Responsabilidades en seguridad y salud en el trabajo. • Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial. • Reglamento interno de trabajo. • COPASST – Vigía SST. • Comité de Convivencia Laboral. • Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. • Gestión del riesgo. • Medidas de seguridad para tareas de alto riesgo. • Programas de gestión en SST. • Mecanismos de participación de los trabajadores. • Procedimiento en caso de Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad • laboral. • Manejo integral de residuos. • Seguridad Vial. • Medio Ambiente. • Plan de Emergencias y Evacuación.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "MANTENIMIENTO DE LAS VIAS DEL EJE CAFETERO: APIA - VITERBO - ASIA, RUTA 5003; REMOLINOS - CAUYA, RUTA 2507; CAUYA LA FELISA, RUTA 2508, EN LOS DEPARTAMENTOS DE CALDAS Y RISARALDA, INCLUYE PUENTES" INDUCCION / REINDUCCION GENERAL Y ESPECIFICA	AREA	VERSIÓN
		SST	001
		CODIGO G-SST	FECHA ENERO 2024

- Sistema de Alarma y Punto de Encuentro.
- Brigada de Emergencias.
- Procedimientos Operativos Normalizados.
- Clasificación de Riesgos.
- Matriz de Riesgos.
- Normas de Seguridad.
- Socialización y explicación Formato Inicio y Fin de Jornada.
- Medidas de seguridad para la prevención de enfermedades respiratorias.
- Autocuidado y uso correcto de los elementos de protección personal.
- Beneficios y generalidades de la seguridad social.
-
-
-

Inducción específica en el cargo

- Procedimientos aplicables al cargo.
- Normas de seguridad relacionadas con el cargo.
- Dinámica de las actividades a realizar.
- Comunicación.
- Registros aplicables al cargo.
-
-
-

Observaciones:

Como trabajador me comprometo a hacer uso adecuado de los elementos de protección personal que me asignen, mantenerlos en buen estado y solicitar el cambio oportunamente. Declaro que conozco el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y las normas generales del SG-SST de la empresa y las cumpliré a cabalidad en todas sus partes. Me comprometo actuar de manera segura, con el fin de prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales.


 Firma Trabajador
 cc. 1088537207

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CODIGO: G-EST-F-011	VERSIÓN
EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN		FECHA: ENERO 2024	001
OBJETO: "MANTENIMIENTO DE LAS VÍAS DEL EJE CAFETERO: APÍA - VITERBO - ASIA, RUTA 8003, REMOLINOS - CAUYA, RUTA 2807; CAUYA LA FELISA, RUTA 2808, EN LOS DEPARTAMENTOS DE CALDAS Y RISARALDA, INCLUYE PUENTES" DEL MUNICIPIO DE PEREIRA			
NOMBRE: <u>Fraimon Antonio Zuluaga Viterbo</u>		No. CEDULA: <u>108853720</u>	
EMPRESA: <u>END O</u>		OBRA: <u>Viterbo</u>	
CARGO: <u>Ayudante</u>		FECHA: <u>27</u> de <u>02</u> de <u>2024</u>	
<p>1. Marque con una X la respuesta correcta: ¿si usted sufre un accidente laboral que tiempo tiene para reportarlo?</p> <p>a. Después de ser atendido por el medico</p> <p>b. Al día siguiente del evento</p> <p>c. Debe reportarlo de inmediato <u>X</u></p> <p>d. No es obligación reportarlo</p> <p>2. Marque con una X 2 de las responsabilidades de los empleados</p> <p>a. Utilización adecuada de los EPP <u>X</u></p> <p>b. Realizar el Pago de la ARL</p> <p>c. Asistencia a capacitaciones y charlas <u>X</u></p> <p>d. Aplicación de practicas y comportamientos seguros <u>X</u></p> <p>3. Responda Falso (F) o Verdadero (V), según considere:</p> <p>a. Debo separar los residuos adecuadamente según el código de colores correspondiente <u>V</u></p> <p>b. Los incidentes ambientales, NO deben reportarse <u>F</u></p> <p>c. Mi área de trabajo debe permanecer en adecuadas condiciones de Orden y Aseo <u>V</u></p> <p>d. Un incidente de trabajo es un accidente grave <u>F</u></p> <p>4. Marque con una X 2 de las prohibiciones definidas por la empresa:</p> <p>a. Reportar los incidentes laborales</p> <p>b. Laborar con elementos de protección personal</p> <p>c. Trabajar bajo el efecto de sustancias psicoactivas <u>X</u></p> <p>d. Trabajar en estado de embriaguez <u>X</u></p> <p>5. Marque con una X las entidades a las cuales lo debe afiliar la empresa</p> <p>a. EPS (entidad promotora de salud) <u>X</u></p> <p>b. AFP (fondo de pensiones) <u>X</u></p> <p>c. Un Plan Exequial</p> <p>d. ARL (administradora de riesgos laborales) <u>X</u></p> <p>6. Responda Falso (F) o Verdadero (V):</p> <p>a. El reglamento de higiene y seguridad en el trabajo menciona la escala de faltas y sanciones <u>F</u></p> <p>b. El dominical se debe pagar cuando no se labora la semana completa <u>F</u></p> <p>c. Antes de realizar una actividad de alto riesgo debo diligenciar el permiso de trabajo <u>V</u></p> <p>d. En las empresas se debe conformar el copesat y el comité de convivencia <u>V</u></p> <p>7. Marque con una X una de las políticas socializadas por la empresa</p> <p>a. Política de desplazamiento y orden</p> <p>b. Política de control interno</p> <p>c. Política de seguridad y salud en el trabajo <u>X</u></p> <p>d. Política de prevención del alcohol, tabaquismo y sustancias psicoactivas <u>X</u></p> <p>8. Escriba 2 clases de riesgos: <u>fracturas, golpes fuertes</u></p> <p>9. Escriba una modalidad de acoso laboral: <u>mobbing</u></p> <p>10. Escriba dos elementos de protección personal que siempre debe utilizar: <u>Casco, Guantes</u></p> <p>11. Conoce y puede identificar un punto de encuentro en su lugar de trabajo? Si <u>A</u> NO <u>—</u></p> <p>12. Escriba la ARL a la cual pertenece <u>Positiva</u></p> <p>13. Diga una medida de prevención en actividades con maquinaria amarilla y vehículos grandes: <u>Observar las señales</u></p> <p>14. Cual es el objetivo del formato de registro de inicio y fin de jornada: <u>que el empleado si existe salud.</u></p> <p>FIRMA DEL EVALUADO: <u>[Firma]</u> FIRMA DEL EVALUADOR: <u>Vane Cox</u></p> <p>CADA PREGUNTA VALE 10 PUNTOS - PUNTAJE MÍNIMO REQUERIDO PARA APROBAR LA EVALUACIÓN 100 CALIFICACIÓN: <u>(140)</u></p>			



PREVI&SA S.A.S. NIT. 900458169-7

Resolución LPSST1176-22 Secretaría de Salud y Salud en el Trabajo
Resolución 6538 Sec. de Educación Institución para el Trabajo y Desarrollo Humano
Proveedor autorizado Ministerio de Trabajo para formación en protección
Contra caídas en el trabajo en alturas código 08SE20180000000022727
BUREAU VERITAS Alcance Certificación NTC 6072 de 2014 certificación No. CO 1801298

Certifica que

GERMAN ANTONIO ZULUAGA ARENAS

Con Cédula de ciudadanía No.1088537207

Asistió y aprobó el curso:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL TA 8H

En cumplimiento de la resolución 4272 de diciembre del 2021 del Ministerio del Trabajo, se expide el presente certificado que acredita su idoneidad para todo el Territorio Nacional

Firma PREV&SA S.A.S
Representante Legal

Dado en la ciudad de Pereira el 28 de Febrero del 2024
Registro de certificado 240302 Folio No. 24

JOSE LEONEL RUIZ RINCON
Entrenador, Res. 61998355 del 2019-08-20
SST Resolución LPSST 1019-16 del 2014-02-10



REPUBLICA DE COLOMBIA



77-170-83-50 detrás del albergue deportivo CORDEP, Sector Villa Olímpica



Medellín, 23 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000090 RISARALDA			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1088537207	ZULUAGA ARENAS GERMAN ANTONIO	24/02/2024		14819315	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

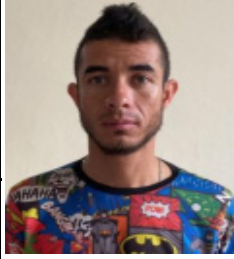
Atentamente,

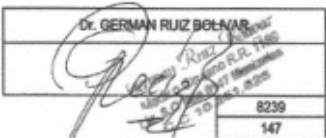
Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/02/2024 14:42:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.149.254, 192.230.104.8, 172.16.42.57

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	GERMAN ANTONIO ZULUAGA ARENAS	
CC	1.088.537.207	33 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	3012020548	
CARGO	AYUDANTE DE OBRA	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	22/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
		
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
<p>El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.</p>		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE PRACTICO DE OBRA		
<p>1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.</p>		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable Medico Especialista en salud ocupacional Firma Registro medico N° 1189 Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 314888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO LABORAL PARA EL TRABAJO DE ALTURAS				
NOMBRE	GERMAN ANTONIO ZULUAGA ARENAS			
CC	1088937207	33 AÑOS		
ESTADO CIVIL	SOLTERO			
TELÉFONO	3012020548			
CARGO	AYUDANTE DE OBRA			
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS			
Fecha del examen médico	22/02/2024			
PREINGRESO	X			
<p align="center">RESULTADO DEL EXAMEN:</p> <p>A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:</p>				
			<p>SIN RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS</p>	
			<p>CERTIFICACION VALIDA POR 1 AÑO A PARTIR DE LA FECHA</p>	
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas psicofísicas para descartar vertigo, evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa la realización de <u>exámenes complementarios</u>; cuando se considere pertinente o se realizarán cuando se contemplen en el profesigramas. Los datos que el examinado suministra durante ésta evaluación influyen en el resultado final del concepto.</p>				
<p align="center">RECOMENDACIONES</p>				
<p>SEGÚN LA VALORACION CLINICA, PRUEBAS NEUROLÓGICAS DE VERTIGO Y COORDINACION MOTORA, EL EXAMINADO SE CONSIDERA APTO PARA LABORES EN ALTURAS.</p> <p>SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL; REALIZACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS: GLICEMIA: NORMAL - PERFIL LIPIDICO NORMAL - CONFORME A LA EDAD Y AL NIVEL DE RIESGO CONTEMPLADO POR EL CARGO.</p> <p>Para trababajdores mayores de 45 años se sugiere la realizacion de perfil lipidico, glicemia . audiometria, visiometria y electrocardiograma y seguir las recomendaciones en prevención del ministerio (de examens para los quinquenios) Valoracion Neurológica y pruebas de equilibrio normales</p>				
<p align="center">RESTRICCIONES</p>				
<p align="center">NINGUNA</p>				
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio</p>				
<p>Nombre y cargo del profesional responsable Medico especialista en salud ocupacional Firma Registro medico N° Licencia de SO N° 75054 DE LA TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS.</p>				
<p align="center">  Dr. GERMAN RUIZ BOLIVAR Médico Especialista en Salud Ocupacional Registro Médico N° 8239 Licencia de SO N° 75054 DE LA TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS. </p>				
<p align="center"><i>Carrera 24 N° 51 - 45 Consultorio 106 Edificio Clarabet de Versailles. Manizales Tel: 3148888508.</i></p> <p align="center"><i>Cra 5 N° 10 -03 Anserma cds.Tel: 3215830557</i></p>				
<p>La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.</p>				

FIRMA		
-------	--	--



No de Radicacion

4011918027

Fecha de Radicación

05/03/2024

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 B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ - Beneficiario afiliado adicional B. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	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
ARANGO Primer apellido	CC	VALENCIA Segundo apellido	Femenino ☐ Masculino ☒	1/0/2/2/0/0/3
1004565833				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo FINH 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	1300000
18. Residencia		19. Correo electrónico	
VRD MATA D 1 MATA DE CANA 123 Dirección		JUANARANGOV10@GMAIL.COM	
APIA Municipio/Distrito		3183114478 Teléfono celular	RISARALDA Departamento
zona Urbana ☒ 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	Femenino ☐ Masculino ☐	Segundo nombre

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	Femenino ☐ Masculino ☐	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	Urbana Rural			
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 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL APIA - E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL APIA	SANVAPIA - SANVAPIA
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)
M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	NIT	901150090	01
39. Ubicación	40. Correo electrónico		
CL 152 56 72 Dirección	M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S Correo electrónico		
3133945386 Teléfono	MANIZALES Municipio/distrito		
	Caldas Departamento		

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

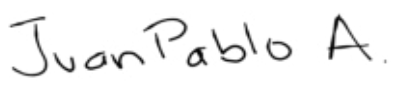
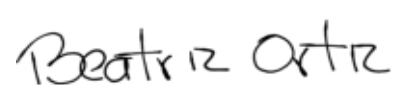
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐				2/4/02 2/02/4	
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 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 Decreto 1377 de 2013
53. ☐ 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. ☐ 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		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"/>		
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<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.



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN PABLO ARANGO VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.565.833**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.565.833**
ARANGO VALENCIA

APELLIDOS
JUAN PABLO

NOMBRES

Juan Pablo Arango

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-FEB-2003**

APIA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 **O+**
ESTATURA G.S. RH

M
SEXO

07-JUL-2021 VITERBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0913300-01252740-M-1004565833-20210831

0075457372A 1

8502351493



Medellín, 23 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000090 RISARALDA			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1004565833	ARANGO VALENCIA JUAN PABLO	24/02/2024		D6414659	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/02/2024 13:18:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.149.254, 192.230.104.8, 172.16.42.57



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS ARTURO ECHEVERRY SUAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.130.615.318**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

“Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado”

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN				3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☒	B. REPORTE DE NOVEDADES ☐	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐		B. Colectiva ☐	C. Institucional ☐	D. De oficio ☐	C. Contributivo ☒ S. Subsidiado ☐
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE		CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD	
CO Cotizante ☒	CF Cabeza de Familia ☐	BE Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1	24	02	2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																
PRIMER APELLIDO ECHEVERRY			SEGUNDO APELLIDO SUAREZ			PRIMER NOMBRE CARLOS			SEGUNDO NOMBRE ARTURO							
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C.	T.I.	☒	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.130.615.318	9. SEXO	F	☒	10. FECHA NACIMIENTO	18	10	1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN			14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL			15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES				
		Tipo F N M Condición T P							POSITIVA				
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES COLPENSIONES			17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC			18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			ZONA		LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO	
			1.300.000			CARRERA 10 # 5 19			U. ☒ R. ☐		SANTA INES		
CIUDAD / MUNICIPIO APIA			DEPARTAMENTO RISARALDA			TELÉFONO FIJO NO TIENE			TELÉFONO MÓVIL 3162670054		CORREO ELECTRÓNICO Arturo.ECHEVERRY1987@gmail.com		CÓDIGO IPS 2022

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS														
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE					
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	F	M	23. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CÓDIGO IPS

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS				25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				26. NÚMERO DE IDENTIDAD				27. SEXO		28.. FECHA DE NACIMIENTO			29. PARENTESCO		30. ETNIA		31. DISCAPACIDAD	
				CN RC TI CC CE PA SC								F M		DÍA MES AÑO							Tipo Condición	
1				CN RC TI CC CE PA SC															F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐			
2				CN RC TI CC CE PA SC															F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐			
3				CN RC TI CC CE PA SC															F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐			
4				CN RC TI CC CE PA SC															F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐			
32. DATOS DE RESIDENCIA					33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL					34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)					NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL					
Ciudad / Mpio.		Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil							I. ☐ II. ☐							
1				R. ☐ U. ☐											I. ☐ II. ☐							
2				R. ☐ U. ☐											I. ☐ II. ☐							
3				R. ☐ U. ☐											I. ☐ II. ☐							
4				R. ☐ U. ☐											I. ☐ II. ☐							

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

35. Nombre o Razón Social			36. Tipo documento de identidad			37. Número documento de identidad			DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones													
MH ARQUITECTURA E INGENIERIA			C.C. C.E. P.A. C.D. ☒ M.			901.150.090																	
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN			MANIZALES			CALDAS			TELÉFONO FIJO			310 3813094			SISLTDAMANIZALES@HOTMAIL.COM								
CALLE 152 # 56 72			MUNICIPIO			DEPARTAMENTO			TELÉFONO MÓVIL			310 3813094			CORREO ELECTRÓNICO								
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL			24			02			2024			CARGO			AYUDANTE DE OBRA			SALARIO			1.300.000		
			DÍA			MES			AÑO														

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD			8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES			13. MOVILIDAD		
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐			9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☐			A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐		
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐			10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐			B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐		
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐			11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐			14. TRASLADO		
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐			12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐			A) MISMO RÉGIMEN ☒		
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐						B) DIFERENTE RÉGIMEN ☐		
Código <input type="text"/>						15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐		
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐						16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐		
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐						17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐		
						18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐		

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN															
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	F	M	FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
42. FECHA (a partir de)	24	02	2024	43. EPS ANTERIOR			44. MOTIVO DE TRASLADO			45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES					
				Código			Código								

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. ☐

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad ☐

49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:		CN		RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Cantidad:		Total	
		☐		☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐			2	
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		Puntaje		Nivel		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación															
Primer apellido				Segundo apellido				Primer nombre				Segundo nombre			
Tipo documento de identidad				Número del documento de identidad				71. Firma del funcionario							

OBSERVACIONES:

TRASLADO DE EPS ASOCIACION MUTUAL SER EPS SUBSIDIADO 03 DE 02 DE 2014

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



FORMULARIO VÍA WEB

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

Yo, **CARLOS ARTURO ECHEVERRY SUAREZ** identificado (a) con

R.C.	T.I.	☒	C.E.
------	------	-------------------------------------	------

 Otro: _____

número **1.130.615.318** de **CALI**, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes

SÍ☒ No☐

2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS

SÍ☒ No☐

3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes

SÍ☒ No☐

4. Leí el contenido de la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas

SÍ☒ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. **3162670054**

y/o correo electrónico: **Arturo.ECHEVERRY1987@gmail.com**

SÍ☒ No☐

Cordialmente,

Firma: **Carlos Arturo Echeverry**

Tipo ID: **CC** No. ID: **1.130.615.318**

Fecha (dd/mm/aaaa): **24 DE FEBRERO DE 2024**

Dirección: **CARRERA 10 # 5 19**

Tel: **3162670054** Municipio **APIA**

Departamento: **RISARALDA**

Huella

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

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio _____

Departamento: _____

Huella

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

Información de NUEVA EPS

Asesor: **HERNANDO GIRALDO GIRALDO**

Código **A682** Oficina **MANIZALES**

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

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

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES		INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		POSEE VIVIENDA PROPIA		SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ	
						\$				NO				NO	
Nivel de Escolaridad	Ninguno	☐ Secundaria	☐ Normalista	☐ Profesional	☐ Doctorado	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador	☐ Contratista	☐ Trabaja por su Cuenta					
	Preescolar	☐ Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐ Técnica Profesional	☐ Especialización	☐ Último Grado	Inicio Contrato		Fin Contrato							
	Básico Primaria	☐ Media técnica (bachillerato básico)	☐ Tecnológica	☐ Maestría	☐ Aprobado										
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.															
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero				Tipo de Identificación	NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte				DV	

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.130.615.318**
ECHEVERRY SUAREZ

APELLIDOS
CARLOS ARTURO

NOMBRES

Carlos Arturo Echeverry

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1987**

APIA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

A+

G.S. RH

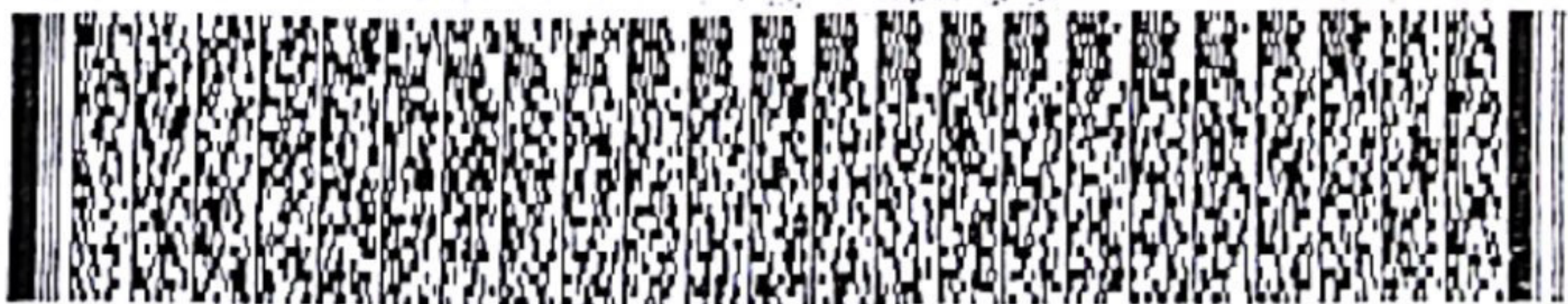
M

SEXO

27-OCT-2005 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vácha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-3100100-01071369-M-1130615318-20190403

0065133503A 1

9907654416

ESTADO CIVIL



Medellín, 23 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000090 RISARALDA			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1130615318	ECHEVERRY SUAREZ CARLOS ARTURO	24/02/2024		16012415	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/02/2024 14:35:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.149.254, 192.230.104.8, 172.16.42.57



No de Radicacion

4011917954

Fecha de Radicación

05/03/2024

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 B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ - Beneficiario afiliado adicional B. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	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
CASALLAS Primer apellido	CC	CASTIBLANCO Segundo apellido	Femenino ☐ Masculino ☒	28/06/1960
PEDRO Primer nombre				
ANGEL Segundo nombre				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo FINH 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	1300000
18. Residencia			
CR 9 A N 13 A 15 Dirección	Teléfono fijo	3135046325 Teléfono celular	PEDROANGELCASALLAS@HOTMAIL.COM Correo electrónico
PEREIRA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	RISARALDA 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				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C ESE SALUD PEREIRA MEDICO - ESE SALUD PEREIRA ODONTOLOGIA	ESESALUPER - ESESALUODO
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)
M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	NIT	901150090	01
39. Ubicación			
CL 152 56 72 Dirección	3133945388 Teléfono	MHARQUITECTURAINGENIERIA@GMAIL.COM Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito CALDAS Departamento

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

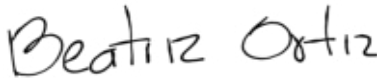
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐				2/4/0/2/2/0/2/4	
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 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 Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. 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. ☐ 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
<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	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Observaciones							

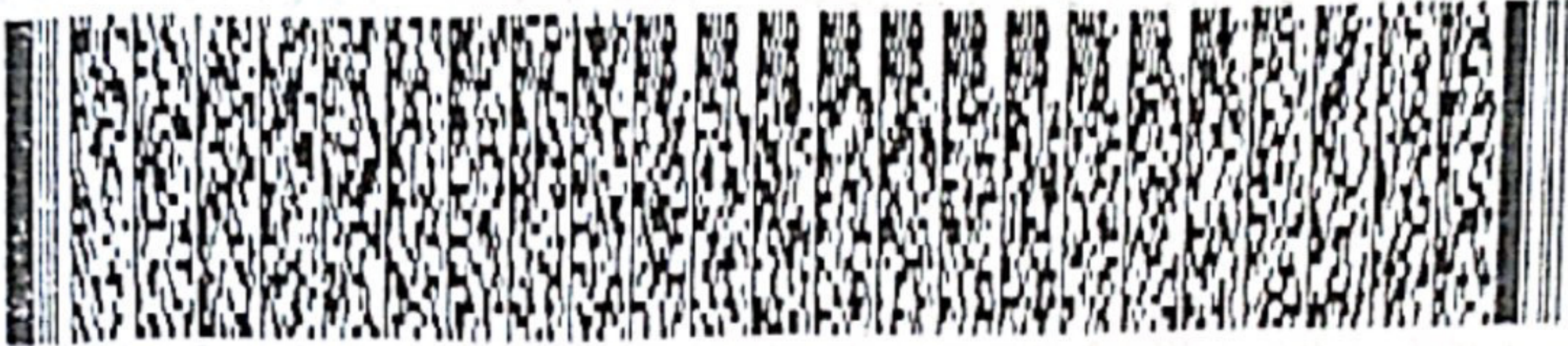
Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1960
 BOGOTA D.C
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
 1.64 O+ M
 ESTATURA G.S. RH SEXO
 15-SEP-1979 USME
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2404600 01006802-M-0003231849-20180516

0061198670A 1

4934960694

9A # 3A 13 = PISO N: 1

salub total
 colpensiones

AXA colpatría

clr=313.5-04.63-25

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACIÓN PERSONAL
 CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 3.231.849.

CASAÑAS CASTIBLANCO

APELLIDOS

PEDRO ANGEL

NOMBRES

Pedro A. Casañas C.

FIRMA





Medellín, 23 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000090 RISARALDA			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C3231849	CASALLAS CASTIBLANCO PEDRO ANGEL	24/02/2024		63692223	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/02/2024 13:21:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.149.254, 192.230.104.8, 172.16.42.57



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON JAIRO SUAREZ SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.993.236**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo del 2024.

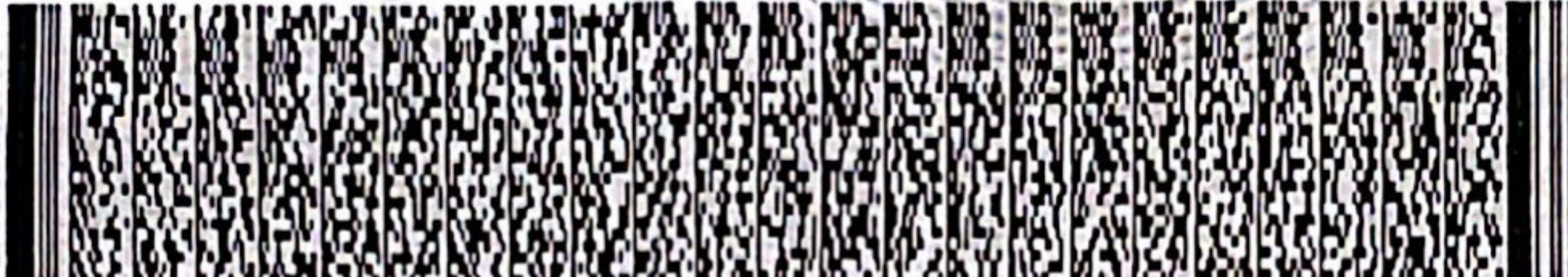
Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

 FECHA DE NACIMIENTO **10-FEB-1970**
VITERBO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-MAY-1988 VITERBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

A-0913300-00167126-M-0009993236-20090806 0014574692A 1 30674017
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO **9.993.236**
SUAREZ SANCHEZ
APELLIDOS
JOHN JAIRO
NOMBRES
John Jairo Suarez
FIRMA




NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/02/2024, el empleador M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901150090 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6825220	20/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	9993236	JHONJAIRO SUAREZ SANCHEZ	1300000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



Medellín, 20 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000009011 CONSTRUCCION			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C9993236	SUAREZ SANCHEZ JHON JAIRO	21/02/2024		19238203	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/02/2024 22:33:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE JHONNY BOLIVAR CARO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.264.036**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 15.264.036

BOLIVAR CARO

APELLIDOS

JOSE JHONNY

NOMBRES

Jhonny Bolivar

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

03-SEP-1973

EBEJICO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

B+

G.S. RH

M

SEXO

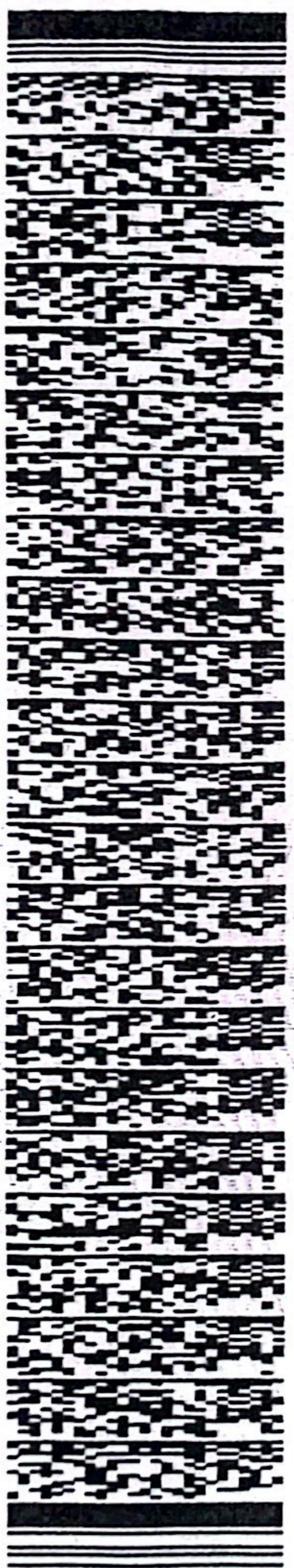
31-MAR-1992 EBEJICO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Handwritten signature]

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-2400800-01015533-M-0015264036-20180619

0061590093A 1

47127176

MINISTERIO DE JUSTICIA Y PAZ



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/02/2024, el empleador M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901150090 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6807931	16/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15264036	JOSEJHONNY BOLIVAR CARO	1700000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 13 de Febrero de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 1053823175 - INGENIERIA, Clase de riesgo 4, Porcentaje de cotización 4.35%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C15264036	BOLIVAR CARO JOSE YHONNY	14/02/2024		472030b2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C426540102404445765

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 13/02/2024 12:42:45.

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

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

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CONTRERAS NOREÑA JULIAN ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **10.123.132** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 1999 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de marzo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2024030519465

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



“Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado”

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN				3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☒	B. REPORTE DE NOVEDADES ☐	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐		B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		C. Contributivo ☒ S. Subsidiado ☐	
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE		CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD	
CO Cotizante ☒ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		1		14/A 02/ES 2024/O	

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																					
PRIMER APELLIDO CONTRERAS				SEGUNDO APELLIDO NOREÑA				PRIMER NOMBRE JULIAN				SEGUNDO NOMBRE ENRIQUE									
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	T.I.	☒	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		10.123.132		9. SEXO		F	☒	10. FECHA NACIMIENTO		30/A	10/ES	1966/O

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO		Código		12. DISCAPACIDAD		Tipo		F	N	M	Condición		T	P	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN		14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		SURA		
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES		COLPENSIONES		17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC		1.300.000		18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		TRANSVERSAL 6 # 1 08 BELE		ZONA		U.	☒	R.	☐	LOCALIDAD / COMUNA		BARRIO			
CIUDAD / MUNICIPIO		VITERBO		DEPARTAMENTO		CALDAS		TELÉFONO FIJO		NO TIENE		TELÉFONO MÓVIL		3135685256		CORREO ELECTRÓNICO		NO TIENE CORREO		CÓDIGO IPS		2024	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																			
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE							
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		22. SEXO		F	M	23. FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	CÓDIGO IPS	

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS				25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				26. NÚMERO DE IDENTIDAD				27. SEXO		28.. FECHA DE NACIMIENTO		29. PARENTESCO		30. ETNIA		31. DISCAPACIDAD	
				CN RC TI CC CE PA SC								F M		DÍA MES AÑO						Tipo Condición	
1				CN RC TI CC CE PA SC																F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐	
2				CN RC TI CC CE PA SC																F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐	
3				CN RC TI CC CE PA SC																F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐	
4				CN RC TI CC CE PA SC																F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐	
32. DATOS DE RESIDENCIA				33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL				34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)				NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL							
Ciudad / Mpio.		Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil													
1				R. ☐ U. ☐																I. ☐ II. ☐	
2				R. ☐ U. ☐																I. ☐ II. ☐	
3				R. ☐ U. ☐																I. ☐ II. ☐	
4				R. ☐ U. ☐																I. ☐ II. ☐	

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

35. Nombre o Razón Social				36. Tipo documento de identidad				37. Número documento de identidad				DV		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones			
MH ARQUITECTURA E INGENIERIA				C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.				901.150.090									
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN				MANIZALES				CALDAS				TELÉFONO FIJO		310 3813094		SISLTDAMANIZALES@HOTMAIL.COM	
CALLE 152 # 56 72				MUNICIPIO				DEPARTAMENTO				TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO			
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				DÍA		MES		AÑO		CARGO				SALARIO			
14				02		2024		AYUDANTE DE OBRA				1.300.000					

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD		8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		13. MOVILIDAD	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☐		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐		11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐		14. TRASLADO ☐	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐		12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐		A) MISMO RÉGIMEN ☒	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐				B) DIFERENTE RÉGIMEN ☐	
Código <input type="text"/>				15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐	
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐				16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐				17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐	
				18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN																			
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SEXO		F	M	FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO
42. FECHA (a partir de)		DÍA		MES		AÑO		43. EPS ANTERIOR		44. MOTIVO DE TRASLADO		45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES							
14		02		2024		Código													

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. ☐

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad ☐

49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Cantidad:		Total	
		☐	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐			2	
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		Puntaje		Nivel		DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO			
70. Datos del funcionario que realiza la validación																							
Primer apellido						Segundo apellido						Primer nombre						Segundo nombre					
Tipo documento de identidad						Número del documento de identidad						71. Firma del funcionario											

OBSERVACIONES:

TRASLADO DE EPS ASMETSALUD SUBSIDIADO 17.07 DE 2019 AL 08 DE 03 DE 2024

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



FORMULARIO VÍA WEB

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

Yo, JULIAN ENRIQUE CONTRERAS NOREÑA identificado (a) con

R.C.	T.I.	☒	C.E.
------	------	-------------------------------------	------

 Otro: _____

número 10.123.132 de PEREIRA, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes

SÍ☒ No☐

2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS

SÍ☒ No☐

3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes

SÍ☒ No☐

4. Leí el contenido de la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas

SÍ☒ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3135685256

y/o correo electrónico: NO TIENE CORREO

SÍ☒ No☐

Cordialmente,

Firma: Julian E Contreras
Tipo ID: CC No. ID: 10.123.132
Fecha (dd/mm/aaaa): 14 DE FEBRERO DE 2024
Dirección: TRANSVERSAL 6 # 1 08 BELEN
Tel: 3135685256 Municipio VITERBO
Departamento: CALDAS

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

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

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

Información de NUEVA EPS

Asesor: HERNANDO GIRALDO GIRALDO
Código A682 Oficina MANIZALES

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

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

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES		INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		POSEE VIVIENDA PROPIA		SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ	
						\$				NO				NO	
Nivel de Escolaridad	Ninguno	☐ Secundaria	☐ Normalista	☐ Profesional	☐ Doctorado	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador	☐ Contratista	☐ Trabaja por su Cuenta					
	Preescolar	☐ Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐ Técnica Profesional	☐ Especialización	☐ Último Grado	Inicio Contrato		Fin Contrato							
	Básico Primaria	☐ Media técnica (bachillerato básico)	☐ Tecnológica	☐ Maestría	☐ Aprobado										
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.															
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero				Tipo de Identificación	NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte				DV	

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **10.123.132**
CONTRERAS NOREÑA

APELLIDOS
JULIAN ENRIQUE

NOMBRES

Julian Contreras

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

30-OCT-1966

PALESTINA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O-

G.S. RH

M

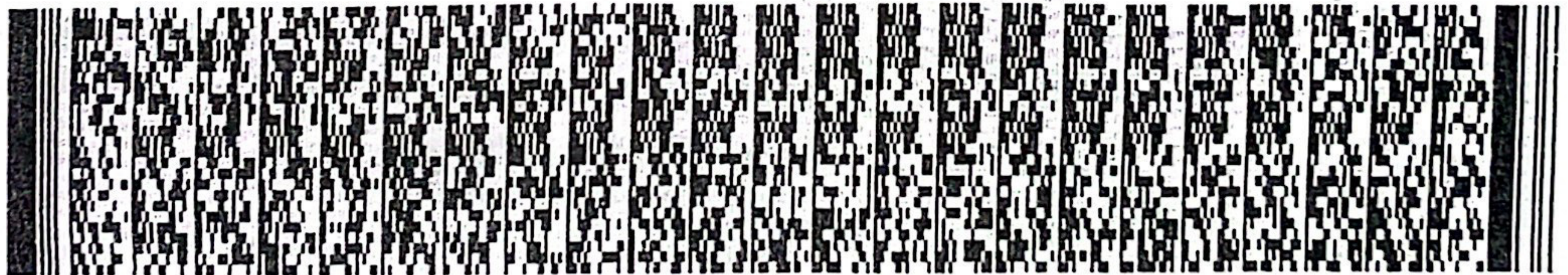
SEXO

21-DIC-1984 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2404600-01125068-M-0010123132-20200109

0069616807A 1

4935813092



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C10123132	CONTRERAS NORENA JULIAN ENRIQUE	14/02/2024		S156Xg1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 12:39:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASTAÑEDA MARIN LUIS FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **1.007.144.093** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de mayo de 2015 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 05 de marzo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2024030518480

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.007.144.093

CASTAÑEDA MARIN

APELLIDOS

LUIS FERNANDO

NOMBRES

Luis Fernando Castañeda

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1996

PACORA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

28-ENE-2014 PACORA

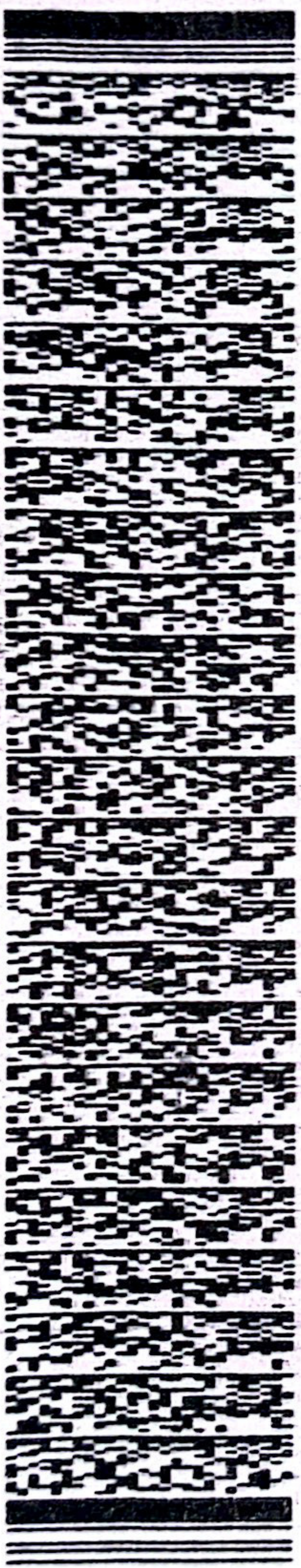
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0907900-00570840-M-1007144093-20140508

0038394396A 1

39618497



No de Radicacion

4011840637

Fecha de Radicación

2|1|0|2|2|0|2|4

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 B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ -Beneficiario afiliado adicional B. De oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		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	
CASTAÑEDA Primer apellido		MARIN Segundo apellido		LUIS Primer nombre		FERNANDO Segundo nombre			
CC		1007144093		Femenino ☐ Masculino ☒		2 0 1 1 9 9 6			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FINH 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		1700000			
18. Residencia		3138788967		LUISFCASTANEDA34@GMAIL.COM			
CR 3 BIS 3 24 Dirección		Telefono fijo		Telefono celular		Correo electronico	
VITERBO Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		Caldas 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			
Primer apellido		Segundo apellido	
20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad	
22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
				Tipo F 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 HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO - HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO		SANVITERBO - SANVITERBO	
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)	
M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S		NIT		901150090		01	
39. Ubicación		39. Ubicación		39. Ubicación		39. Ubicación	
CL 152 56 72 Dirección		3133945386 Teléfono		MHARQUITECTURAINGENIERIA@GMAIL.COM Correo electrónico		MANIZALES Municipio/distrito	
						Caldas Departamento	

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		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐				1 4 0 2 2 0 2 4	
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 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 Decreto 1377 de 2013
53. ☐ 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. ☐ 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		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"/>	<input type="text"/>
70. Datos 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"/>	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<input type="text"/>		<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.



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C1007144093	CASTAÑEDA MARIN LUIS FERNANDO	14/02/2024		S2381544	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

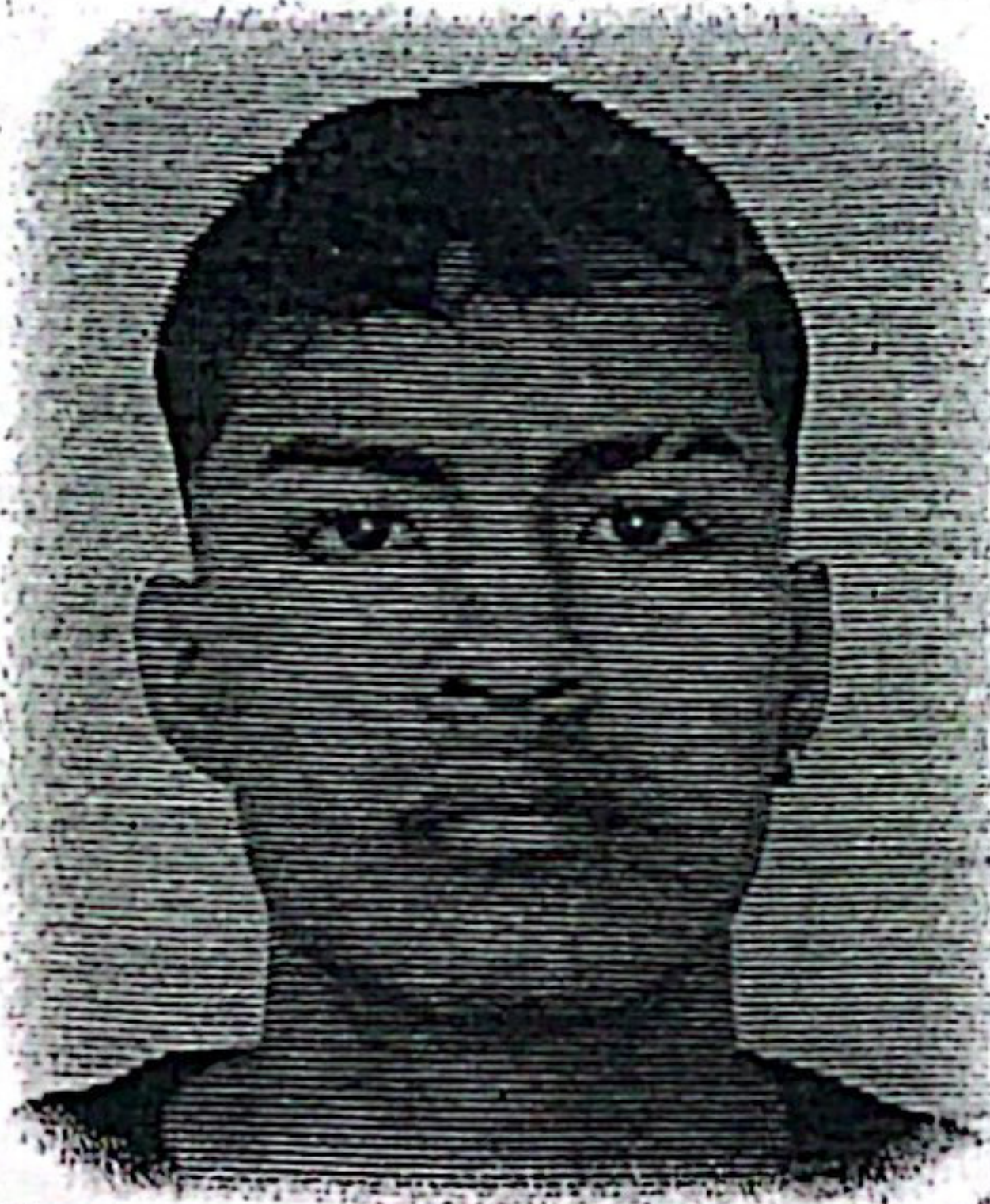
Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 12:32:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

CÉDULA DE
CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.945.002

Apellidos
RUIZ NARVAEZNombres
BRAYAN ALFONSONacionalidad
COLEstatura
1.69Sexo
MFecha de nacimiento
26 SEPT 2004G.S.
A+Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)Fecha y lugar de expedición
09 MAR 2023, VITERBOFecha de expiración
10 MAR 2033

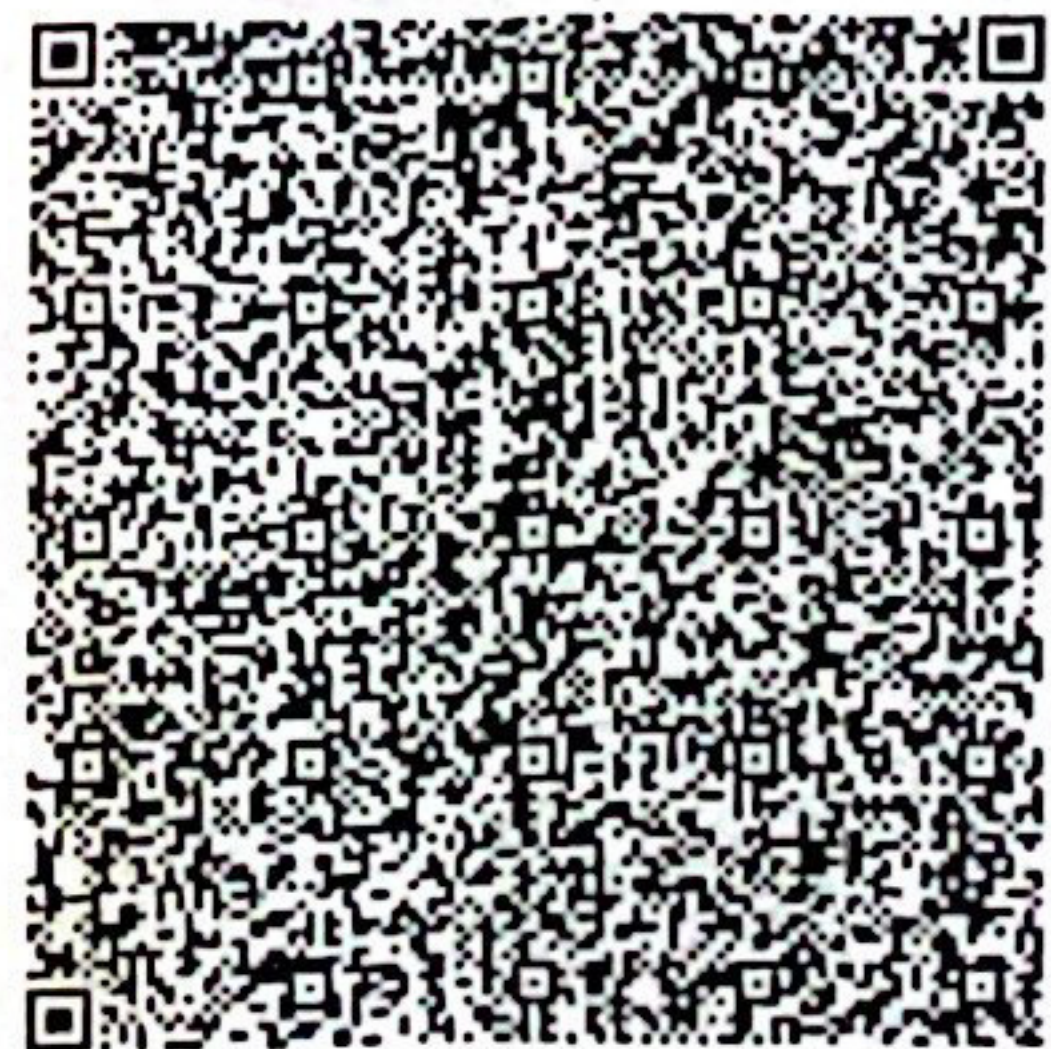
Firma

Brayan Alfonso Ruiz



.CO

017525556

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega RochaICCOL017525556209133<<<<<<<<<<<
0409267M3303104COL1016945002<8
RUIZ<NARVAEZ<<BRAYAN<ALFONSO<<



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C1016945002	RUIZ NARVAEZ BRAYAN ALFONSO	14/02/2024		24470158	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 12:27:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.814.672**

RUIZ NARVAEZ

APELLIDOS
ARLEX FERNANDO

NOMBRES
Arlex Ruiz
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-2000**

PUERTO LEGUIZAMO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

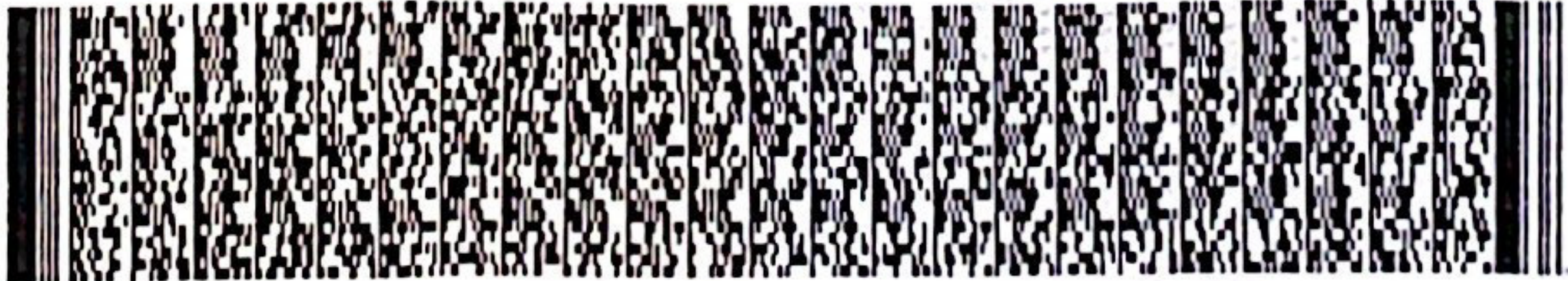
1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

18-DIC-2018 VITERBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-0913300-01109175-M-1006814672-20191110 0068843185A 1 51302851



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ARLEX FERNANDO RUIZ NARVAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.814.672**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



No de Radicacion

4011840609

Fecha de Radicación

2|1|0|2|2|0|2|4

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: ☒ - Cotizante Cabeza de familia - Beneficiario afiliado adicional B. Colectiva ☐ 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) 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres RUIZ Primer apellido	NARVAEZ Segundo apellido	ARLEX Primer nombre	FERNANDO Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad CC	8. Número del documento de Identidad 1006814672	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 0 9 0 9 2 0 0 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia 6	12. Discapacidad Tipo FINH Condición TIP	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
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 1700000	
18. Residencia CL 9 3 21 Dirección	3217009179 Teléfono celular	ARLEXFRUIZ@GMAIL.COM Correo electrónico	
VITERBO Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CALDAS 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 Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	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
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO - HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO	Código de la IPS (a registrar por la EPS) SANVITERBO - SANVITERBO
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 M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	36. Tipo de identificación NIT	37. Número de documento de identificación 901150090	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación CL 152 56 72 Dirección	3133945386 Teléfono	MHARQUITECTURAINGENIERIA@GMAIL.COM Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito	CALDAS Departamento

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		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐		<input type="text"/>		1 4 0 2 2 0 2 4	
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 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 Decreto 1377 de 2013.
53. ☒ 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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☒ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
Cantidad: 1 Total: 1
- ☐ 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		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"/>	<input type="text"/>
70. Datos 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"/>	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<input type="text"/>		<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.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido

Segundo apellido (o de casada)

Primer nombre

Segundo nombre

RUIZ**NARVAEZ****ARLEX****FERNANDO**

No de identificación

Tipo de documento

Fecha de nacimiento

Sexo

Fecha diligenciamiento

1006814672**RC TI X CE PA****2000 09 09****X F****2024 21 02****CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO**

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? **X** NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? **X** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico ☐

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

“Yo: ARLEX FERNANDO RUIZ NARVAEZ identificado con el documento de identidad: C No. 1006814672, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico arlexfruez@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):Nombres y Apellidos: ARLEX FERNANDO RUIZ NARVAEZNúmero de identificación: 1006814672

Fecha de diligenciamiento

2024 21 02

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: No. _____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

Nombres y apellidos de la persona de quien
no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoría o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S S.A.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: www.saludtotal.com.co, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: protecciondatos@saludtotal.com.co, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____ 1006814672

www.saludtotal.com.co

Línea local en Bogotá 4854555

Línea Nacional de atención al cliente 018000114524

Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no
es a medias
debe ser *total*

SaludTotal
EPS



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4.35 %
C1006814672	RUIZ NARVAEZ ARLEX FERNANDO	14/02/2024		13324141	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 12:21:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.061.371.036**

ROJAS GRANADA

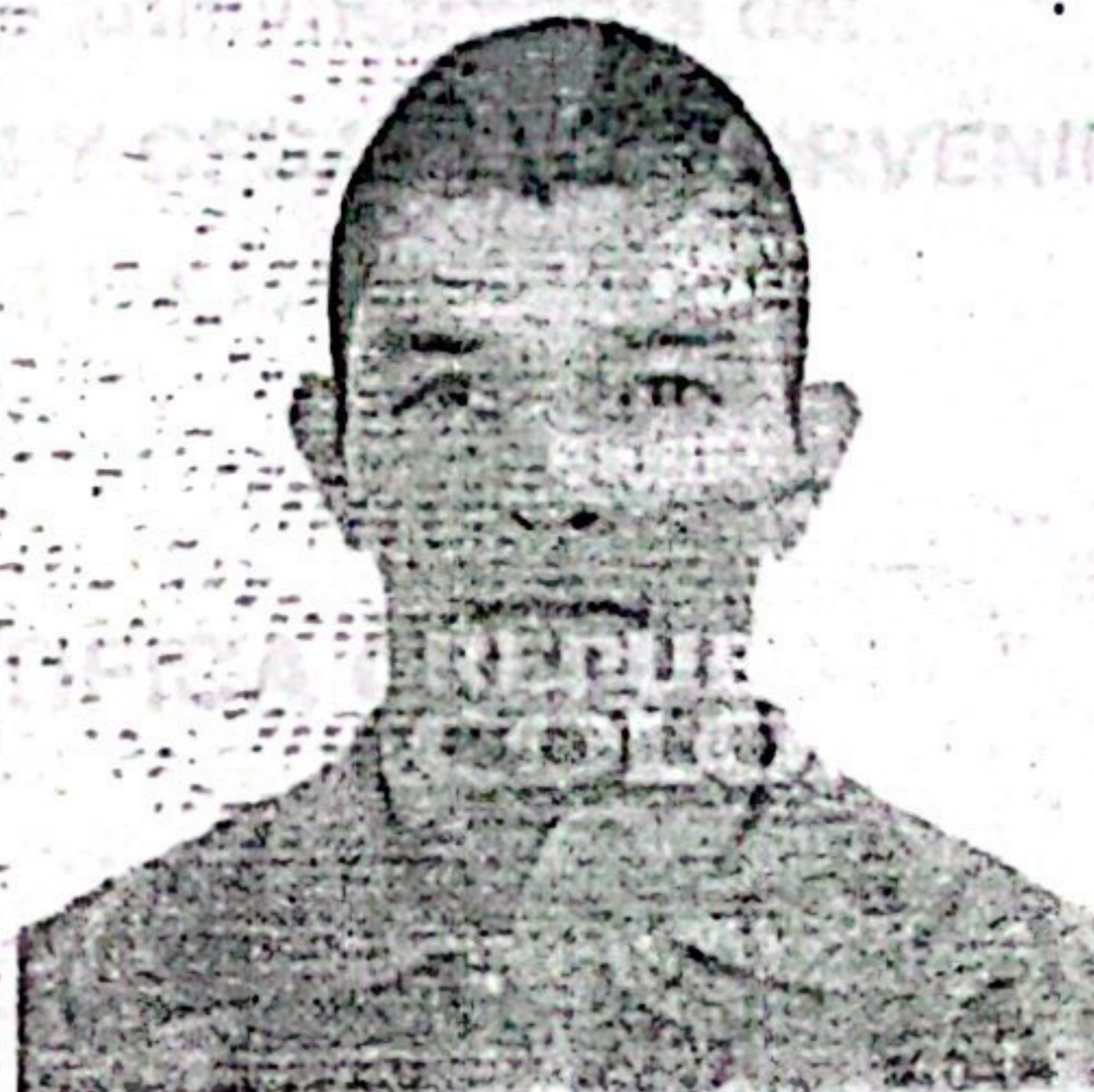
APELLIDOS

ESTEBAN ADRIAN

NOMBRES

Esteban Adrian Rojas G.

FIRMA



La presente cedula de ciudadania se expide el 9 de febrero del 2024.

Por lo tanto,

[Signature]



INDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO
VITERBO
(CALDAS)

24-OCT-1992

LUGAR DE NACIMIENTO
1.72

O+

M

ESTATURA

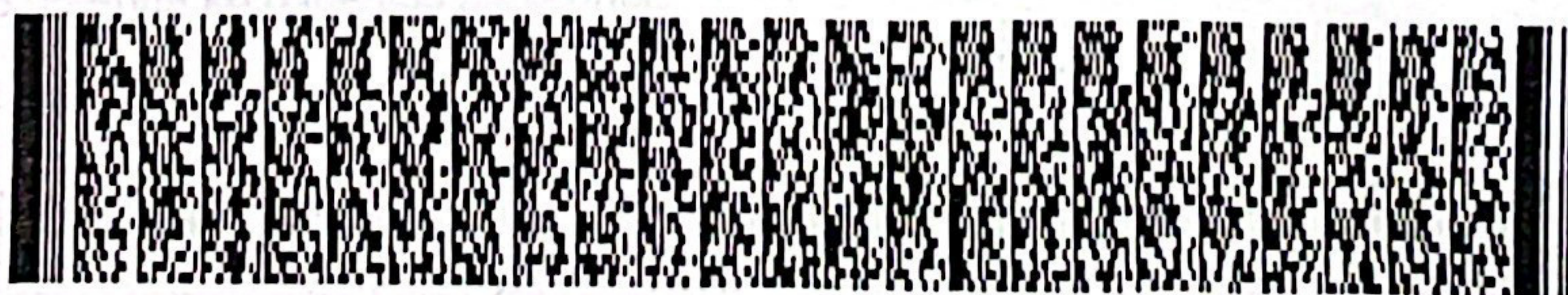
G.S. RH

SEXO

09-NOV-2010 VITERBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0913300-00673086-M-1061371036-20150226

0043301163A 1

41008103



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ESTEBAN ADRIAN ROJAS GRANADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.371.036**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



No de Radicacion

4011840558

Fecha de Radicación

21/02/2024

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 B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ - Beneficiario afiliado adicional B. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	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
ROJAS Primer apellido	CC	GRANADA Segundo apellido 1061371036	Femenino ☐ Masculino ☒	24/10/1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FINH 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		1300000			
18. Residencia		3229430931		ESTEBANADRIANGRANADOS@GMAIL.COM			
CL 10 7 16 Dirección		Telefono fijo		Telefono celular		Correo electrónico	
VITERBO Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		Caldas 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									

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
				Tipo F 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			

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO - HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO		SANVITERBO - SANVITERBO	
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)	
M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S		NIT		901150090		01	
39. Ubicación		39. Ubicación		39. Ubicación		39. Ubicación	
CL 152 56 72 Dirección		3133945386 Teléfono		MHARQUITECTURAINGENIERIA@GMAIL.COM Correo electrónico		MANIZALES Municipio/distrito	
						Caldas Departamento	

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		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐				1 4 0 2 2 0 2 4	
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 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 Decreto 1377 de 2013.
53. ☒ 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☒ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
Cantidad: 1 Total: 1
- ☐ 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
<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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<input type="text"/>		<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.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido

Segundo apellido (o de casada)

Primer nombre

Segundo nombre

ROJAS

GRANADA

ESTEBAN

ADRIAN

No de identificación

Tipo de documento

Fecha de nacimiento

Sexo

Fecha diligenciamiento

1061371036

RC TI ☒ CE PA

1992 10 24

☒ F

2024 21 02

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☒ NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? ☒ NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☒ NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒ NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒ NO

Medio de entrega deseado: Electrónico ☒ Físico ☐

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

“Yo: ESTEBAN ADRIAN ROJAS GRANADA identificado con el documento de identidad: C No. 1061371036, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico estebanadriangranados@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: ESTEBAN ADRIAN ROJAS GRANADA

Número de identificación: 1061371036

Fecha de diligenciamiento

2024 21 02

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: No. _____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

Nombres y apellidos de la persona de quien
no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoría o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S S.A.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: www.saludtotal.com.co, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: protecciondatos@saludtotal.com.co, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____ 1061371036

www.saludtotal.com.co

Línea local en Bogotá 4854555

Línea Nacional de atención al cliente 018000114524

Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no
es a medias
debe ser *total*

SaludTotal
EPS



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4.35 %
C1061371036	ROJAS GRANADA ESTEBAN ADRIAN	14/02/2024		B5831194	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 12:18:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JORGE LUIS OSPINA GRANADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.371.632**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

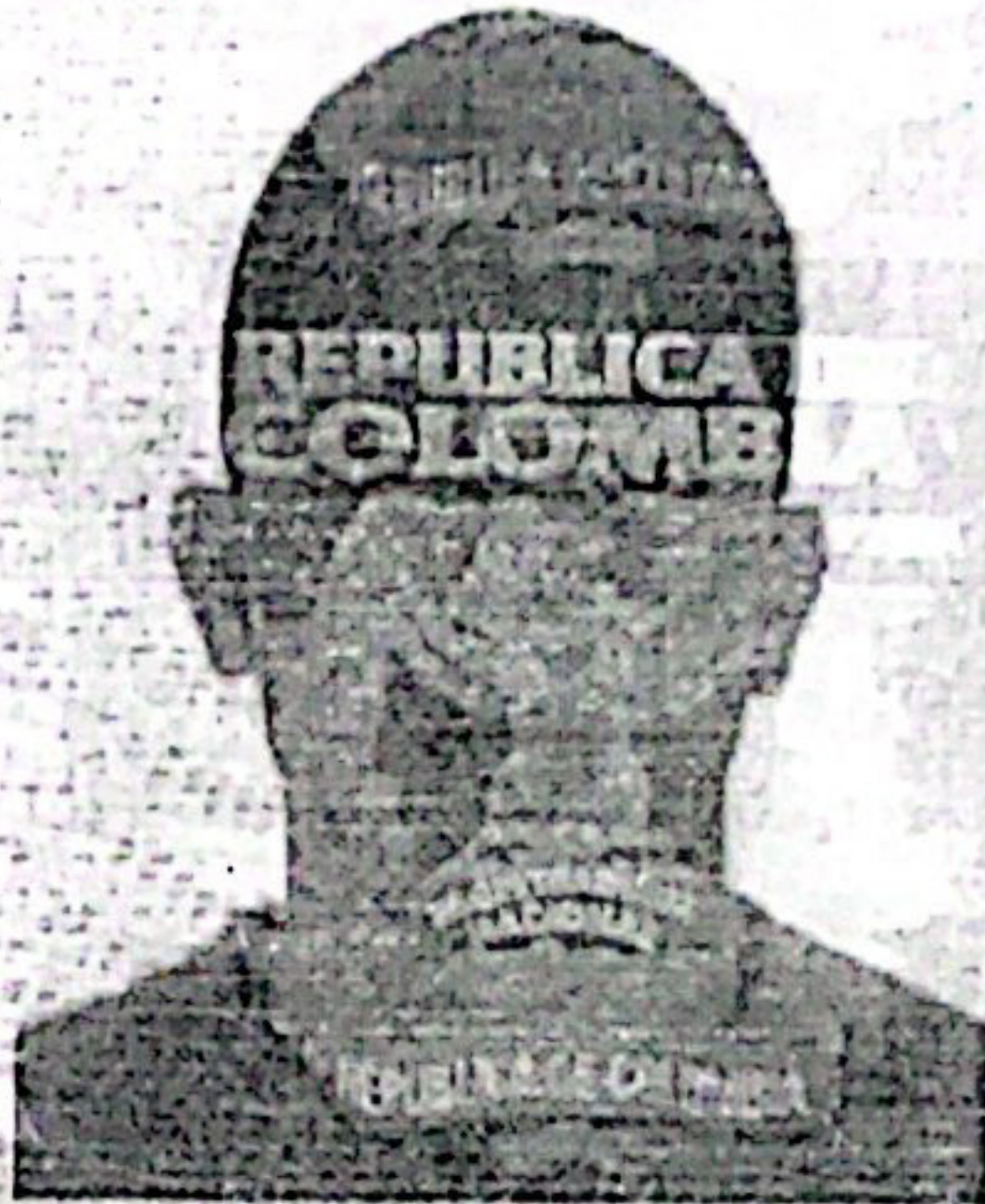
NUMERO **1.061.371.632**

OSPINA GRANADA

APELLIDOS
JORGE LUIS

NOMBRES
Jorge Luis Ospina G.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-ENE-1994**

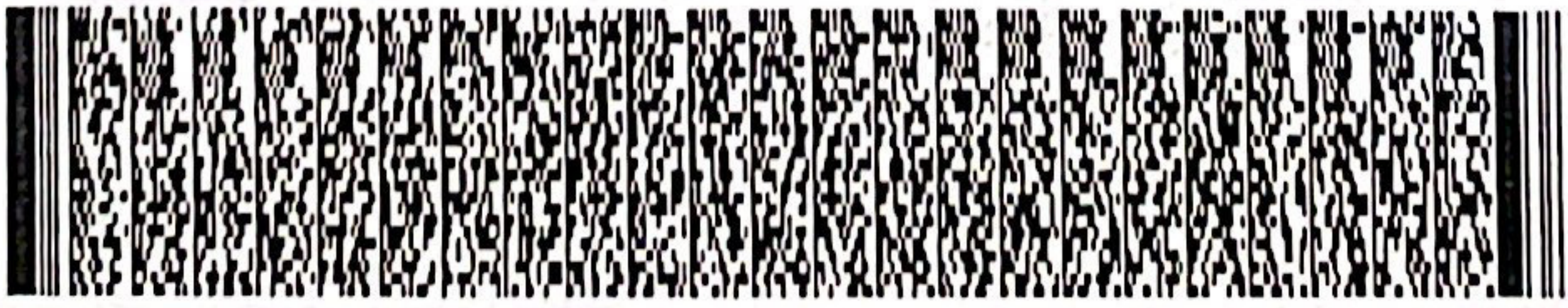
VITERBO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-ABR-2012 VITERBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0913300-00385012-M-1061371632-20120628 0030372499A 1 36948560



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/02/2024, el empleador M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901150090 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6807919	16/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1061371632	JORGELUIS OSPINA GRANADA	1300000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C1061371632	OSPINA GRANADA JORGE	14/02/2024		14316224	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 12:15:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRES GRANADA JUAN CARLOS** identificado(a) con **CC** número **4.549.042** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de octubre de 2006 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 05 de marzo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2024030518460

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 4.549.042
TORRES GRANADA

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

Juan Carlos b

FIRMA

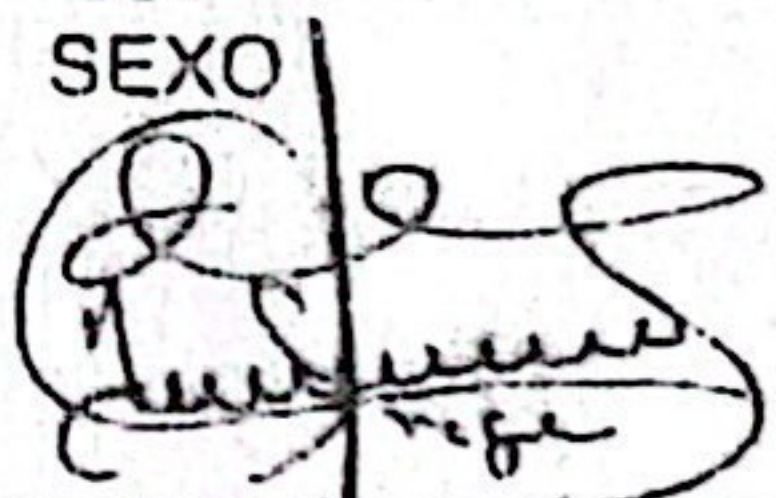
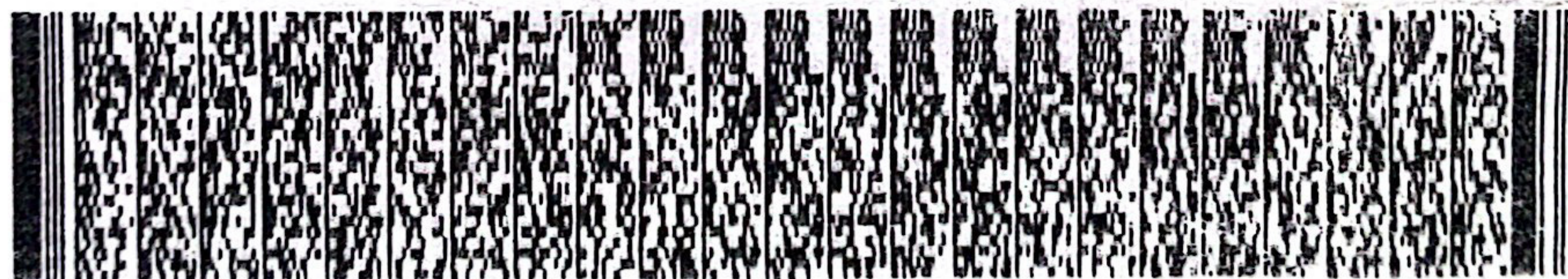




ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAY-1985****VITERBO**
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82
ESTATURA**A+**
G.S. RH**M**
SEXO**01-JUL-2003 VITERBO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0913300-01263020-M-0004549042-20211105

0076102003A 1

8502357162



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/02/2024, el empleador M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901150090 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6807903	16/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	4549042	JUANCARLOS TORRES GRANADA	1300000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4.35 %
C4549042	TORRES GRANADA JUAN CARLOS	14/02/2024		22415324	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 12:13:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

NO. 3825280



COL

RODRIGUEZ SANCHEZ

APELLIDOS

ASNARDO RAMON

NOMBRES

VEN

M

NACIONALIDAD

12746713

CMI DTC

10-12-1971

FECHA DE NACIMIENTO

24-06-1971

BOGOTÁ D.C.

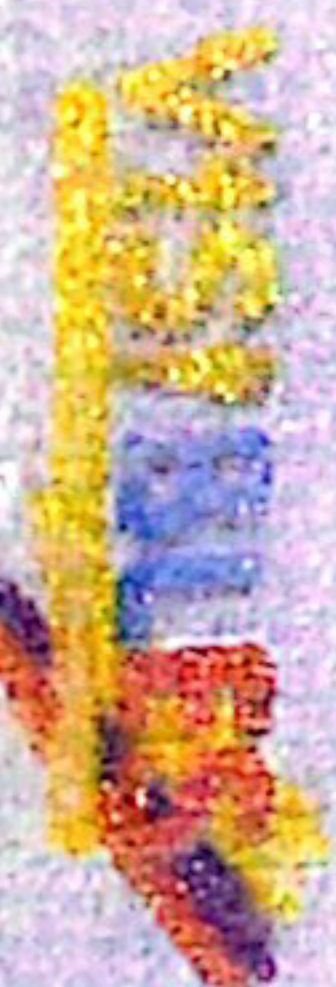
FECHA DE VÁLIDA DE PROTECCIÓN

30-05-2024

FECHA DE EXPIRACIÓN

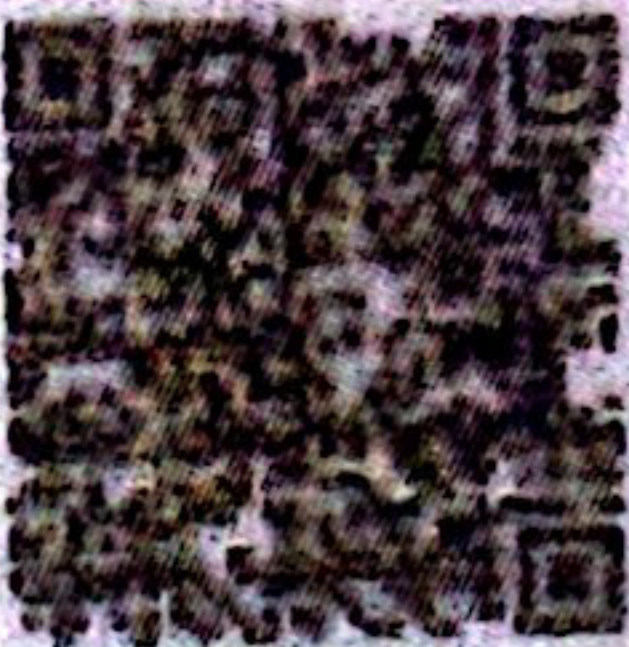


Asnardo.



FIRMA

E1635781



THE

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

1000

www.graebold.com/len.gov.co

INMIGRACIÓN

IPCOL 3825280 V V V V V V V V V V V V V V V V
7112100H3105308VENE1635781 V V V V V V V V V V
RODRIGUEZ V SANCHEZ V V ASNARDO V RAM



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/02/2024, el empleador M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901150090 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6807829	16/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
PERMISO POR PROTECCIÓN	3825280	ASNARDORAMON RODRIGUEZ SANCHEZ	1300000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA		Clase: 4		Porcentaje Cotización: 4.35 %		
X3825280	RODRIGUEZ SANCHEZ ASNARDO RAMON	14/02/2024		i61247i1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 11:54:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.993.891**
CUBILLOS GALLEGO

APELLIDOS
JUAN CARLOS

NOMBRES
Juan Carlos Cubillos Gallego

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-1973**
VITERBO
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.70

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

25-JUN-1991 VITERBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500100-00090444-M-0009993891-20081008

0004085811A 1

6210016820



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS CUBILLOS GALLEGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.993.891**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/02/2024, el empleador M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901150090 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6807811	16/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	9993891	JUANCARLOS CUBILLOS GALLEGO	2300000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C9993891	CUBILLOS GALLEG0 JUAN CARLOS	14/02/2024		201K2382	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 11:50:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPEZ CANO JOSE ELIECER** identificado(a) con **CC** número **4.549.054** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de mayo de 2004 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 05 de marzo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2024030518444

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
4.549.054

NUMERO

LOPEZ CANO
APELLIDOS

JOSE ELIECER
NOMBRES

Jose Eliecer Lopez C
FIRMA



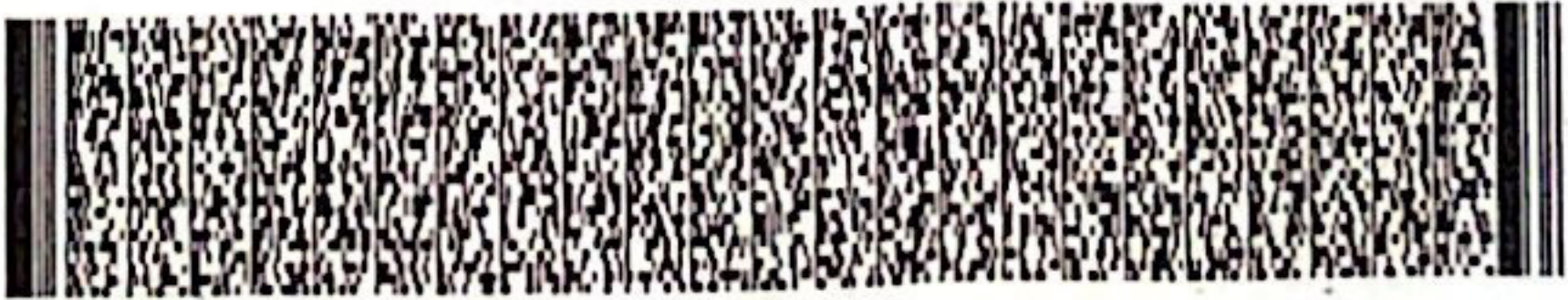
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-JUN-1979**
VITERBO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-JUL-2003 VITERBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-0913300-35118321-M-0004549054-20031014 0157903287A 01 123925911



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/02/2024, el empleador M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901150090 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6807798	16/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	4549054	JOSEELIECER LOPEZ CANO	1700000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA		Clase: 4		Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C4549054	LOPEZ CANO JOSE ELIECER	14/02/2024		35129128	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 11:43:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

9.394.951

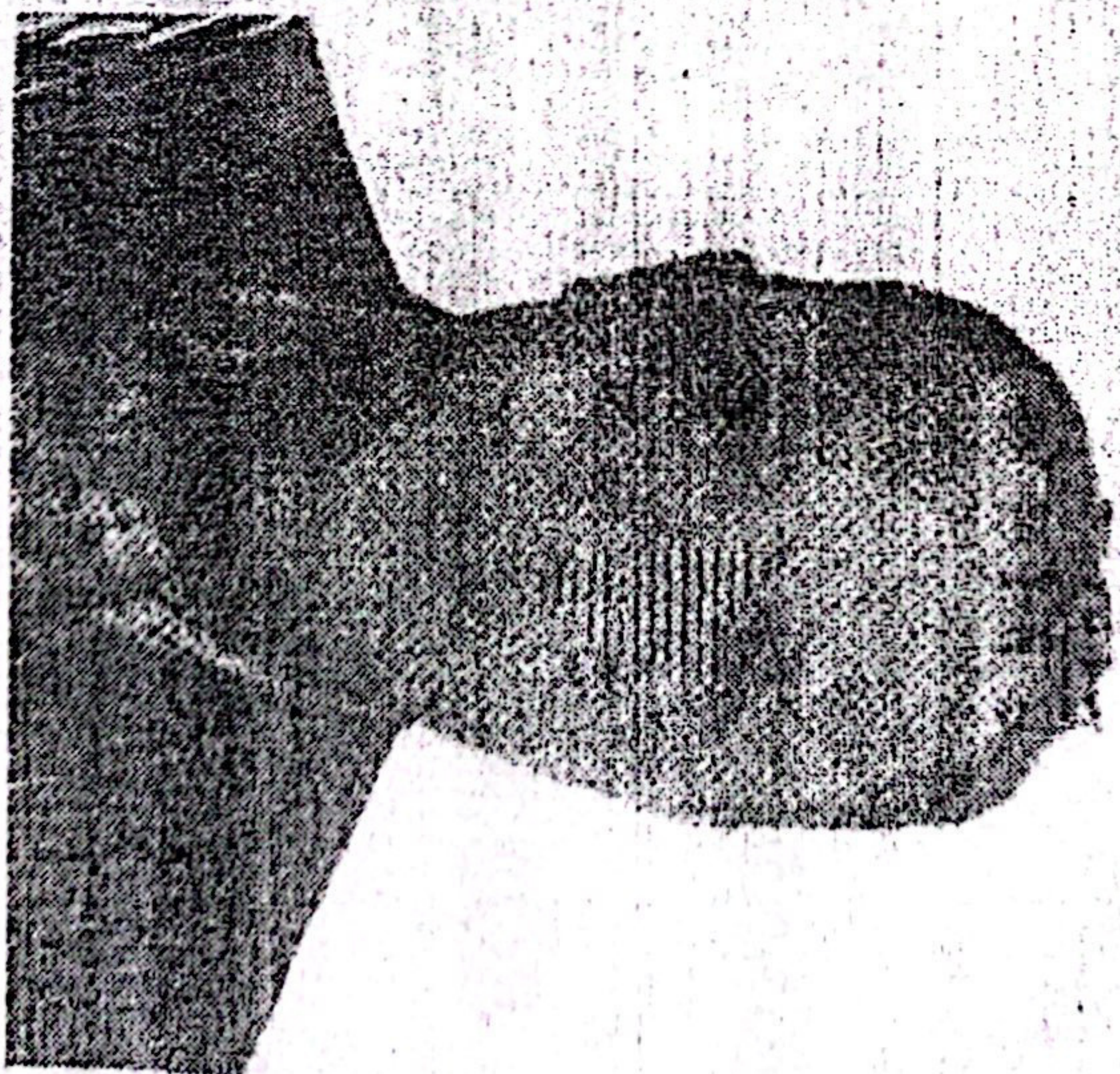
MAPURA BERMUDEZ

APELLIDOS

SAMUEL DE JESUS

NOMBRES

Samuel Bermudez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-OCT-1979**
VITERBO
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

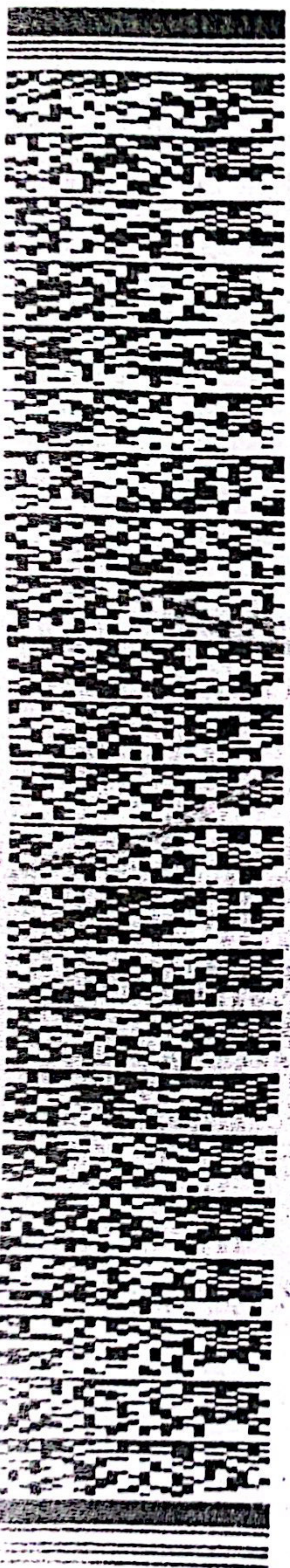
SEXO

04-DIC-1997 VITERBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



2-0013300 00500673-M-0000934251-20140618

00390441719



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SAMUEL DE JESUS MAPURA BERMUDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.994.951**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/02/2024, el empleador M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901150090 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6807780	16/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	9994951	SAMUELDE JESUS MAPURA	1300000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA		Clase: 4		Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C9994951	MAPURA BERMUDEZ SAMUEL DE JESUS	14/02/2024		03201803	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 11:39:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57



No de Radicacion

4011840489

Fecha de Radicación

21/02/2024

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: ☒ - Cotizante Cabeza de familia - Beneficiario afiliado adicional B. Colectiva ☐ 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) 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres PATIÑO Primer apellido	GRAJALES Segundo apellido	ELMER Primer nombre	DE JESUS Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad CC	8. Número del documento de Identidad 9991509	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 11/09/1963

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia 6	12. Discapacidad Tipo FINH Condición TIP	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
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 1300000	
18. Residencia CL 7 6 51 Dirección	3135286842 Teléfono celular	ELMERGRAJALES@GMAIL.COM Correo electrónico	
VITERBO Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CALDAS 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 Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre	20. Tipo documento de identidad	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO - HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO	Código de la IPS (a registrar por la EPS) SANVITERBO - SANVITERBO
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 M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	36. Tipo de identificación NIT	37. Número de documento de identificación 901150090	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CL 152 56 72 Dirección	3133945386 Teléfono	MHARQUITECTURAINGENIERIA@GMAIL.COM Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito
			CALDAS Departamento

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		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐				1 4 0 2 2 0 2 4	
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 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 Decreto 1377 de 2013
53. ☐ 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. ☐ 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		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"/>		
70. Datos 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"/>	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<input type="text"/>		<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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.991.509

PATÍÑO GRAJALES

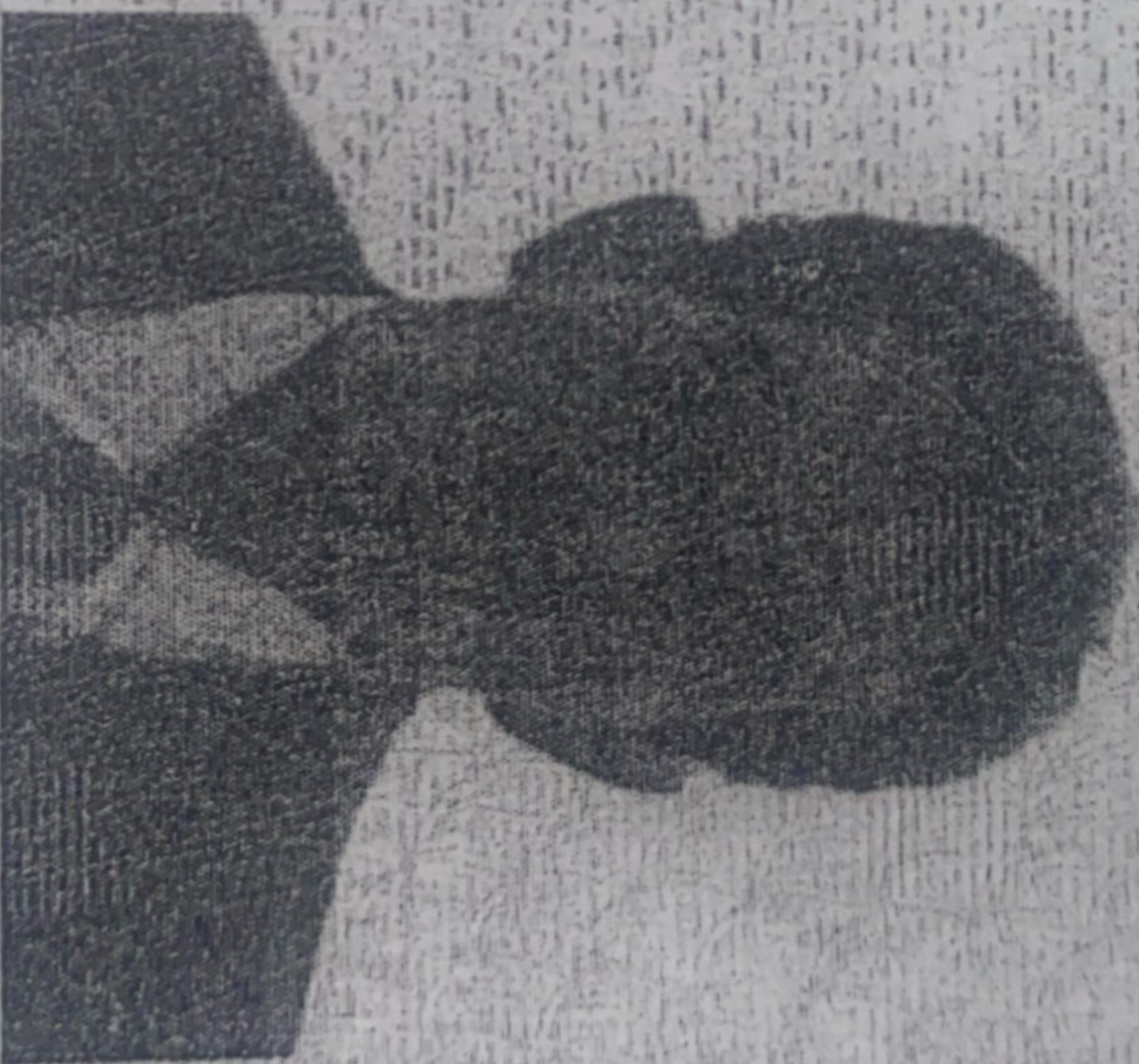
APELLIDOS

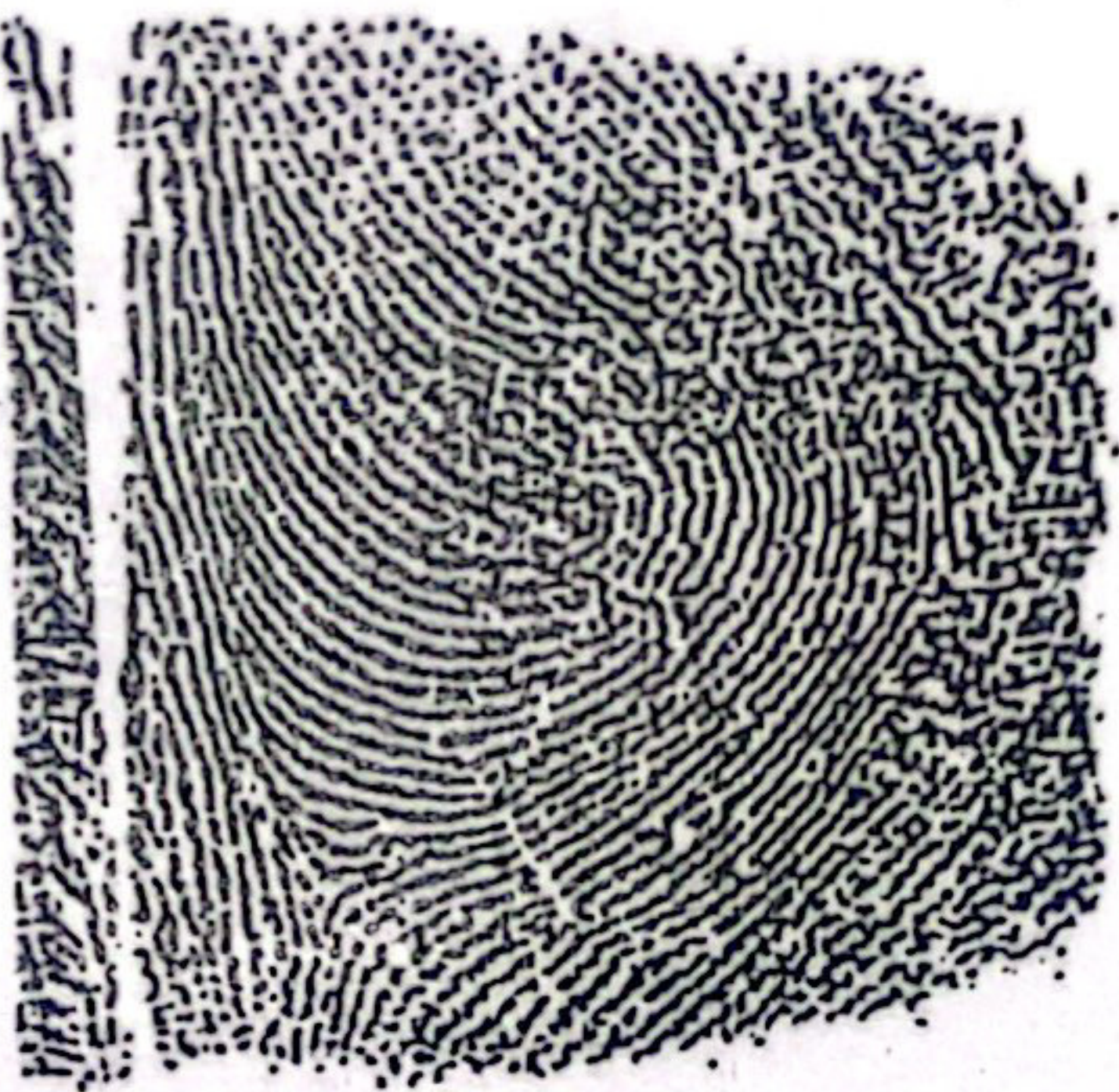
ELMER DE JESUS

NOMBRES

FIRMA

Elmer Patiño G.





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-SEP-1963**
VITERBO
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

A+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

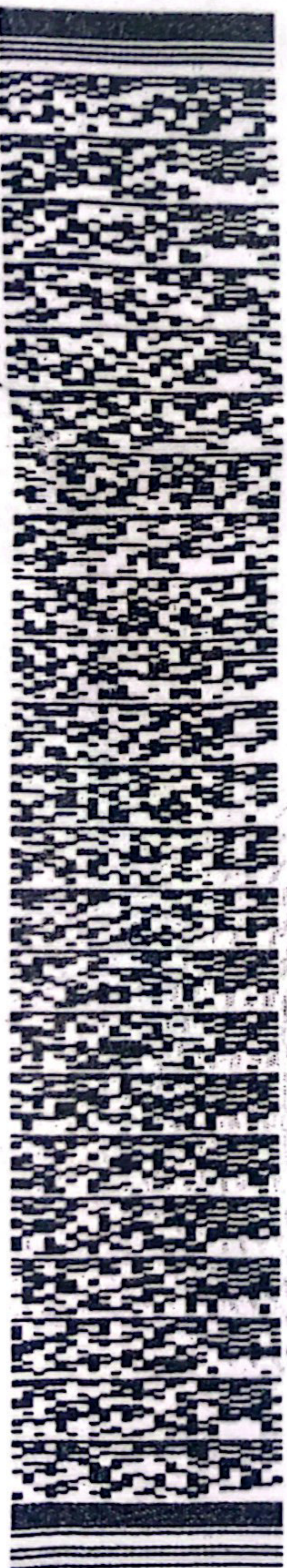
13-NOV-1981 VITERBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0913300-00247118-M-0009991509-20100730

0023140427A 1

33384255



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELMER DE JESUS PATIÑO GRAJALES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.991.509**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes





Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4.35 %
C9991509	PATÍÑO GRAJALES ELMER DE JESUS	14/02/2024		B30A2412	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 11:35:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPEZ BERMUDEZ GUSTAVO ADOLFO** identificado(a) con **CC** número **1.061.372.453** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de septiembre de 2021 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 05 de marzo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2024030518422

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.061.372.453**
LOPEZ BERMUDEZ

APELLIDOS
GUSTAVO ADOLFO

NOMBRES

Gustavo Adolfo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

27-MAY-1996

VITERBO
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

A+

G.S. RH

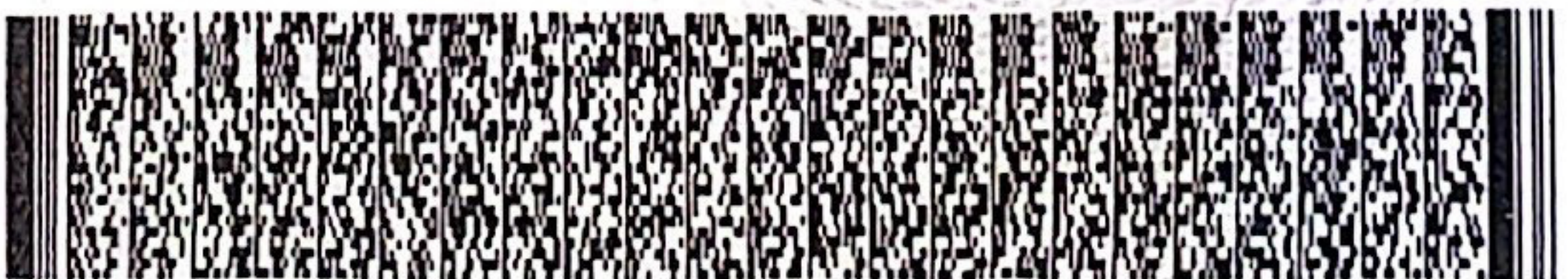
M

SEXO

01-OCT-2014 VITERBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0913300-00896784-M-1061372453-20170412

0054942023A 1

48845717



No de Radicacion

4011840693

Fecha de Radicación

21/02/2024

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: ☒ - Cotizante Cabeza de familia - Beneficiario afiliado adicional B. Colectiva ☐ 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) 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres LOPEZ Primer apellido	BERMUDEZ Segundo apellido	GUSTAVO Primer nombre	ADOLFO Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad CC	8. Número del documento de Identidad 1061372453	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 27/05/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia 6	12. Discapacidad Tipo FINH Condición TIP	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
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 1300000	
18. Residencia CL 113 61 Dirección	3146643586 Teléfono celular	GUSTAVOALOPEZ@HOTMAIL.COM Correo electrónico	
VITERBO Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CALDAS 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 Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	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
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO - HOSPITAL SAN JOSE DE VITERBO	Código de la IPS (a registrar por la EPS) SANVITERBO - SANVITERBO
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 M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	36. Tipo de identificación NIT	37. Número de documento de identificación 901150090	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación CL 152 56 72 Dirección	3133945386 Teléfono	MHARQUITECTURAINGENIERIA@GMAIL.COM Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito	CALDAS Departamento

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		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐				1 4 0 2 2 0 2 4	
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 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 Decreto 1377 de 2013
53. ☒ 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☒ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
Cantidad: 1 Total: 1
- ☐ 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
<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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<input type="text"/>		<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.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre	
LOPEZ	BERMUDEZ	GUSTAVO	ADOLFO	
No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1061372453	RC TI ☒ CE PA	1996 05 27	☒ F	2024 21 02

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☒ NO
- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? ☒ NO
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☒ NO
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒ NO
- ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? SI ☒

Medio de entrega deseado: Electrónico ☒ Físico ☐

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

“Yo: GUSTAVO ADOLFO LOPEZ BERMUDEZ identificado con el documento de identidad: C No. 1061372453, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico gustavoalopez@hotmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: GUSTAVO ADOLFO LOPEZ BERMUDEZ
Número de identificación: 1061372453

Fecha de diligenciamiento
2024 21 02

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: No. _____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

Nombres y apellidos de la persona de quien
no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoría o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S S.A.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: www.saludtotal.com.co, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: protecciondatos@saludtotal.com.co, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____ 1061372453

www.saludtotal.com.co

Línea local en Bogotá 4854555

Línea Nacional de atención al cliente 018000114524

Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no
es a medias
debe ser *total*

SaludTotal
EPS



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4.35 %
C1061372453	LOPEZ BERMUDEZ GUSTAVO ADOLFO	14/02/2024		P3914219	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 11:26:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

CÉDULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos

GIRALDO

NUIP 9.992.278

Nombres

LUIS ALBERTO

Nacionalidad

COL

Estatura

1.65

Sexo

M

Fecha de nacimiento

03 MAYO 1964 B+

Lugar de nacimiento

VITERBO (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición

16 JUL 1984, VITERBO

Firma

Luis Alberto Giraldo

Fecha de expiración

24 JUL 2033





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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ALBERTO GIRALDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.992.278**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes





NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/02/2024, el empleador M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901150090 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6807731	16/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	9992278	LUIS ALBERTO GIRALDO	1300000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4.35 %
C9992278	GIRALDO LUIS ALBERTO	14/02/2024		A32152t2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 11:23:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPEZ QUIROZ JOSE DANIEL** identificado(a) con **CC** número **1.193.552.452** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 30 de enero de 2022 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 05 de marzo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2024030518404

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

“Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado”

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN						3. RÉGIMEN		
A. AFILIACIÓN ☒ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐		A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐						C. Contributivo ☒ S. Subsidiado ☐		
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE				CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD		
CO Cotizante ☒ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐				1		14/A 02/ES 2024/O		

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																			
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE										
LOPEZ			QUIROZ			JOSE			DANIEL										
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	T.I.	☒	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		9. SEXO		F	☒	10. FECHA NACIMIENTO		11/A	12/ES	2003/O

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO		Código		12. DISCAPACIDAD			13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN			14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL			15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES						
				Tipo F N M Condición T P									SURA						
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES				17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC				18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				ZONA		LOCALIDAD / COMUNA		BARRIO			
COLPENSIONES				1.300.000				CALLE 6 # 12 07 ALMENDRO				U. ☒ R. ☐							
CIUDAD / MUNICIPIO				DEPARTAMENTO				TELÉFONO FIJO				TELÉFONO MÓVIL				CORREO ELECTRÓNICO			
VITERBO				CALDAS				NO TIENE				321 5137663				NO TIENE CORREO			
																CÓDIGO IPS			
																2024			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																		
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE									
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		22. SEXO		F	M	23. FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	CÓDIGO IPS

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS				25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				26. NÚMERO DE IDENTIDAD				27. SEXO		28.. FECHA DE NACIMIENTO			29. PARENTESCO		30. ETNIA		31. DISCAPACIDAD	
				CN RC TI CC CE PA SC								F M		DÍA MES AÑO							Tipo Condición	
1																					F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐	
2																					F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐	
3																					F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐	
4																					F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐	
32. DATOS DE RESIDENCIA					33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL					34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)					NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL					
Ciudad / Mpio.		Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		(Lo diligencia la EPS)							I. ☐ II. ☐					
1				R. ☐ U. ☐													I. ☐ II. ☐					
2				R. ☐ U. ☐													I. ☐ II. ☐					
3				R. ☐ U. ☐													I. ☐ II. ☐					
4				R. ☐ U. ☐													I. ☐ II. ☐					

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

35. Nombre o Razón Social				36. Tipo documento de identidad				37. Número documento de identidad				DV		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones					
MH ARQUITECTURA E INGENIERIA				C.C. C.E. P.A. C.D. ☒ M.				901.150.090											
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN				CIUDAD / MUNICIPIO				DEPARTAMENTO				TELÉFONO FIJO				TELÉFONO MÓVIL			
CALLE 152 # 56 72				MANIZALES				CALDAS				310 3813094				SISLTDAMANIZALES@HOTMAIL.COM			
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				DÍA		MES		AÑO		CARGO				SALARIO					
14				02		2024		AYUDANTE DE OBRA				1.300.000							

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD		8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		13. MOVILIDAD	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐		☐		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐		☐		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐		14. TRASLADO	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐		☐		A) MISMO RÉGIMEN ☒	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐		11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐		B) DIFERENTE RÉGIMEN ☐	
Código <input type="text"/>		☐		15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐	
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐		12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐		16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐		☐		17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐	
				18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN																			
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE										
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SEXO		F	M	FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO
42. FECHA (a partir de)			43. EPS ANTERIOR			44. MOTIVO DE TRASLADO			45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES										
14/DÍA 02/ES 2024			Código			Código													

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____		☐
desde el día _____ del mes _____ del año _____		
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi.		☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.		☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad		
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.		☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.		☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.		☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.		☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.		☐

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:		CN		RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Cantidad:		☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☒ ☐		Total		<input type="text" value="2"/>		
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		Puntaje		Nivel		DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO			
70. Datos del funcionario que realiza la validación																							
Primer apellido						Segundo apellido						Primer nombre						Segundo nombre					
Tipo documento de identidad						Número del documento de identidad						71. Firma del funcionario											

OBSERVACIONES:

TRASLADO DE EPS ASMET SALUD SUBSIDIADO 24 01 DE 2020 AL 06 DE 10 DE 2022 CABEZA DE FAMILIA RETIRADO

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



FORMULARIO VÍA WEB

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

Yo, JOSE DANIEL LOPEZ QUIROZ identificado (a) con

R.C.	T.I.	☒	C.E.
------	------	-------------------------------------	------

 Otro: _____

número 1.193.552.452 de VITERBO, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes

SÍ☒ No☐

2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS

SÍ☒ No☐

3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes

SÍ☒ No☐

4. Leí el contenido de la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas

SÍ☒ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 321 5137663

y/o correo electrónico: NO TIENE CORREO

SÍ☒ No☐

Cordialmente,

Firma: JOSE DANIEL LOPEZ

Tipo ID: CC No. ID: 1.193.552.452

Fecha (dd/mm/aaaa): 14 DE FEBRERO DE 2024

Dirección: CALLE 6 # 12 07 ALMENDROS

Tel: 321 5137663 Municipio VITERBO

Departamento: CALDAS

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

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio _____

Departamento: _____

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

Información de NUEVA EPS
Asesor: HERNANDO GIRALDO GIRALDO
Código A682 Oficina MANIZALES

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

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

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES		INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		POSEE VIVIENDA PROPIA		SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ	
						\$				NO				NO	
Nivel de Escolaridad	Ninguno	☐ Secundaria	☐ Normalista	☐ Profesional	☐ Doctorado	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador	☐ Contratista	☐ Trabaja por su Cuenta					
	Preescolar	☐ Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐ Técnica Profesional	☐ Especialización	☐ Último Grado	Inicio Contrato		Fin Contrato							
	Básico Primaria	☐ Media técnica (bachillerato básico)	☐ Tecnológica	☐ Maestría	☐ Aprobado										

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

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

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

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

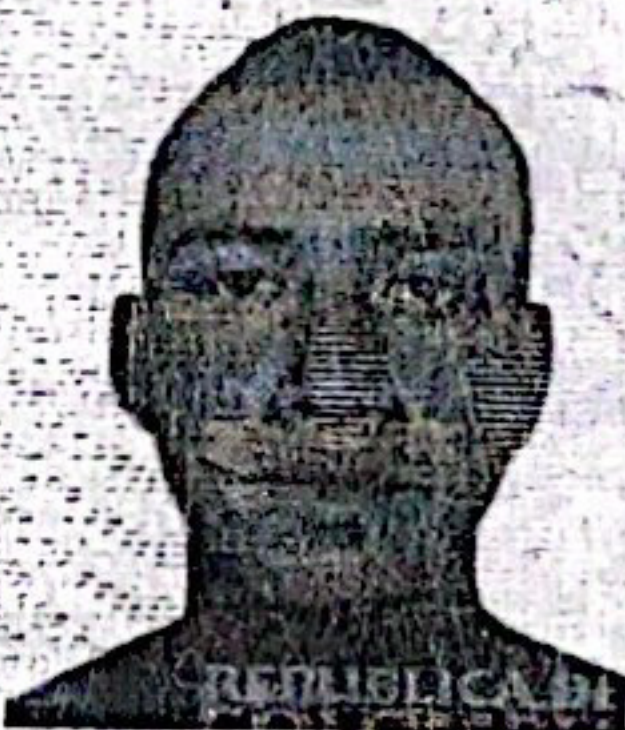
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.193.552.452**
LOPEZ QUIROZ

APELLIDOS
JOSE DANIEL

NOMBRES
Jose Daniel Lopez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **11-DIC-2003**
VITERBO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

16-DIC-2021 VITERBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-0913300-01274372-M-1193552452-20211229 0077623419A 1 8503644114



Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C1193552452	LOPEZ QUIROZ JOSE DANIEL	14/02/2024		12251171	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 11:14:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.16.16, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.218.623
GUERRERO

APELLIDOS

MOISES

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1954

CC EL SALADO
IBAGUE (TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

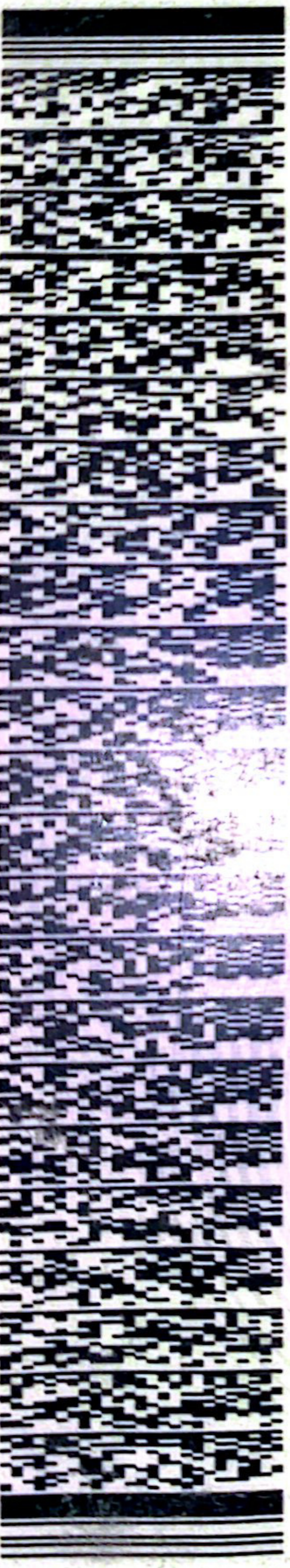
15-ENE-1976 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00350782-M-0014218623-20111214

0028709410A 1

1961558135

“Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado”

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN						3. RÉGIMEN				
A. AFILIACIÓN ☒ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐		A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐						C. Contributivo ☒ S. Subsidiado ☐				
4. TIPO DE AFILIADO				5. TIPO DE COTIZANTE				CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD		
CO Cotizante ☒ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐				1		23/A 02/ES 2024/O		

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS														
PRIMER APELLIDO GUERRERO				SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE MOISES			SEGUNDO NOMBRE				
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	T.I.	☒	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 14.218.623		9. SEXO F	☒	10. FECHA NACIMIENTO 19/A 09/ES 1954/O	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO		Código		12. DISCAPACIDAD			13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN			14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL			15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES					
				Tipo F N M Condición T P									POSITIVA					
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES COLPENSIONES				17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC 1.300.000				18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CALLE 7 # 7 52				ZONA U. ☒ R. ☐		LOCALIDAD / COMUNA		BARRIO		
CIUDAD / MUNICIPIO VITERBO				DEPARTAMENTO CALDAS				TELÉFONO FIJO NO TIENE				TELÉFONO MÓVIL 313 3276831		CORREO ELECTRÓNICO Moisesguerrero.19@hotmail.com				CÓDIGO IPS 11026

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE						
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		22. SEXO F	M	23. FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	CÓDIGO IPS

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS				25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				26. NÚMERO DE IDENTIDAD				27. SEXO F M		28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO			29. PARENTESCO		30. ETNIA		31. DISCAPACIDAD	
				CN RC TI CC CE PA SC																	Tipo Condición	
1				CN RC TI CC CE PA SC															F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐			
2				CN RC TI CC CE PA SC															F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐			
3				CN RC TI CC CE PA SC															F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐			
4				CN RC TI CC CE PA SC															F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐			
32. DATOS DE RESIDENCIA					33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)					34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)					NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL					
Ciudad / Mpio.		Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil							I. ☐ II. ☐							
1				R. ☐ U. ☐											I. ☐ II. ☐							
2				R. ☐ U. ☐											I. ☐ II. ☐							
3				R. ☐ U. ☐											I. ☐ II. ☐							
4				R. ☐ U. ☐											I. ☐ II. ☐							

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

35. Nombre o Razón Social MH ARQUITECTURA				36. Tipo documento de identidad C.C. C.E. P.A. C.D. ☒ M.				37. Número documento de identidad 901.150.090				DV		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones			
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN CALLE 152 # 56 72				MANIZALES CALDAS				TELÉFONO FIJO				3133945386		SISLTDAMANIZALES@HOTMAIL.COM			
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL 23/A 02/ES 2024				CARGO AYUDANTE DE OBRA				SALARIO 1.300.000									

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD				8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES				13. MOVILIDAD			
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐				9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☐				A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐			
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐				10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐				B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐			
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐				11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐				14. TRASLADO			
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐				12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐				A) MISMO RÉGIMEN ☒			
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código ☐								B) DIFERENTE RÉGIMEN ☐			
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐								15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐			
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐								16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐			
								17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐			
								18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐			

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN																	
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SEXO F	M	FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO
42. FECHA (a partir de) 23/DÍA 02/ES 2024		43. EPS ANTERIOR Código		44. MOTIVO DE TRASLADO Código		45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES											

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____		☐
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi.		☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.		☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad		☐
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.		☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.		☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.		☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.		☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.		☐

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC		Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☒ ☐		Total 2	
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		Puntaje		Nivel		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO			
70. Datos del funcionario que realiza la validación															
Primer apellido				Segundo apellido				Primer nombre				Segundo nombre			
Tipo documento de identidad				Número del documento de identidad				71. Firma del funcionario							

OBSERVACIONES:

TRASLADO DE EPS COOPSAUD EPS S.A SUBSIDIADO 01 DE 12 DE 2020 CABEZA DE FAMILIA

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



FORMULARIO VÍA WEB

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

Yo, MOISES GUERRERO identificado (a) con

R.C.	T.I.	☒	C.E.
------	------	-------------------------------------	------

 Otro: _____

número 14.218.623 de IBAGUE, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes

SÍ☒ No☐

2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS

SÍ☒ No☐

3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes

SÍ☒ No☐

4. Leí el contenido de la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño

SÍ☒ No☐

7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas

SÍ☒ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 313 3276831

y/o correo electrónico: Moisesguerrero.19@hotmail.com

SÍ☒ No☐

Cordialmente,

Firma: Moises guerrero
Tipo ID: CC No. ID: 14.218.623
Fecha (dd/mm/aaaa): 23 DE FEBRERO DE 2024
Dirección: CALLE 7 # 7 52
Tel: 313 3276831 Municipio VITERBO
Departamento: CALDAS

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

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

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

Información de NUEVA EPS

Asesor: HERNANDO GIRALDO GIRALDO
Código A682 Oficina MANIZALES

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

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

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES		INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		POSEE VIVIENDA PROPIA		SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ	
						\$				NO				NO	
Nivel de Escolaridad	Ninguno	☐ Secundaria	☐ Normalista	☐ Profesional	☐ Doctorado	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador	☐ Contratista	☐ Trabaja por su Cuenta					
	Preescolar	☐ Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐ Técnica Profesional	☐ Especialización	☐ Último Grado	Inicio Contrato		Fin Contrato							
	Básico Primaria	☐ Media técnica (bachillerato básico)	☐ Tecnológica	☐ Maestría	☐ Aprobado										
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.															
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero				Tipo de Identificación	NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte				DV	

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

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



Medellín, 07 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C14218623	GUERRERO MOISES	08/02/2024		2491281L	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/02/2024 13:51:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.149.254, 192.230.104.8, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALBORNOZ CASTRO JESUS OLIVER** identificado(a) con **PT** número **5.428.974** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 16 de noviembre de 2022 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 05 de marzo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

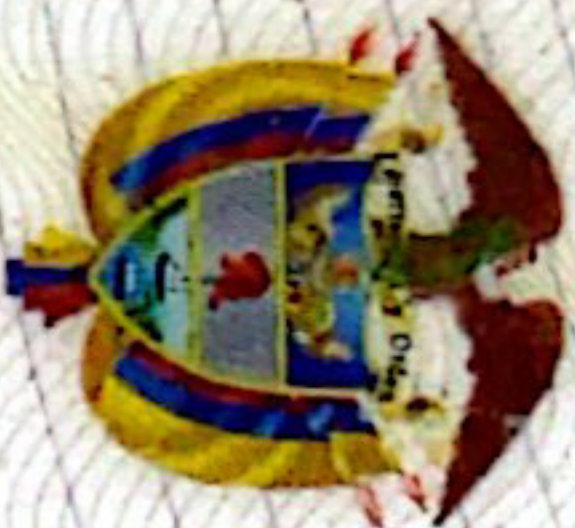
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

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

2024030519162



REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5428974

COL

ALBORNOZ CASTRO
APELLIDOS

JESUS
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

18726919

DNI Nro.

25-06-1980
FECHA DE NACIMIENTO

09-06-2021 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISTABLES
ESTADO TEMPORAL DE PROTECCIÓN

5428974

FIRMA



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/02/2024, el empleador M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901150090 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6808808	16/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
PERMISO POR PROTECCIÓN	5428974	JESUSOLIVER ALBORNOZ CASTRO	1300000	MAESTRO DE OBRA	2024-02-08

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



Medellín, 07 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA		Clase: 4		Porcentaje Cotización: 4.35 %		
X5428974	ALBORNOZ CASTRO JESUS	08/02/2024		M2041904	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/02/2024 13:48:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.149.254, 192.230.104.8, 172.16.42.57



Medellín, 07 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA		Clase: 4		Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C1053823175	BARRIOS ARISTIZABAL MARIO ALESSANDRO	08/02/2024		24237245	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/02/2024 13:45:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.149.254, 192.230.104.8, 172.16.42.57

Resultados del registro de novedades de reingreso



EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I_2894911

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

Reingreso 1	
Empleador	NI 901150090 M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S
Afiliado	CC 1053823175 MARIO ALESSANDRO BARRIOS ARISTIZABAL
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	\$ 1,300,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CL 152 56 72
Fecha de ingreso	08/02/2024
Fecha de radicación	20/02/2024 08:56:04 a.m.
Código de Transacción	173739750
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 03/2024



Medellín, 07 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 1053823175 INGENIERIA		Clase: 4		Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C1053823175	BARRIOS ARISTIZABAL MARIO ALESSANDRO	08/02/2024		24237245	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/02/2024 13:45:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.149.254, 192.230.104.8, 172.16.42.57

Resultados del registro de novedades de reingreso



EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I_2894911

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

Reingreso 1

Empleador	NI 901150090 M-H ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S
Afiliado	CC 1053823175 MARIO ALESSANDRO BARRIOS ARISTIZABAL
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	\$ 1,300,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CL 152 56 72
Fecha de ingreso	08/02/2024
Fecha de radicación	20/02/2024 08:56:04 a.m.
Código de Transacción	173739750
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 03/2024

Fecha de generación

20/02/2024

Luis Miguel Hincapié Rubio

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
Calle 19 # 5-13, Clínica Risaralda, consultorio 709
hincapiejm@gmail.com - 314 631 2161

**NOMBRE DEL PACIENTE**

ANA MARIA CARDONA RAMIREZ

GENERO

FEMENINO

DOCUMENTO

CC 1088324014

EDAD29 AÑO(S) 0
MES(ES) 16 DIAS**ENTIDAD**

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S

E-MAIL

DIRECCIÓNCLL 10 BIS CS 9 PALMAS DE
MAYORCA**MUNICIPIO**

VITERBO

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General Fecha de Exámen: 2024-02-07 09:29:57**Empresa Contratante**

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S

Ciudad

PEREIRA

Cargo A Desempeñar

AUXILIAR ADMIISTRATIVA

Tipo De Exámen

Pre-Empleo

Diagnósticos**Código**

Z100

Nombre

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Tipo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional**PRE-EMPLEO**

Sin Restricciones

Recomendaciones Paciente

3. Higiene postural, 6. Uso de lentes

Observaciones

REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR.

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO**ASPIRANTE O TRABAJADOR****PROFESIONAL :** LUIS MIGUEL HINCAPIE RUBIO**ESPECIALIDAD :** MÉDICO ESPECIALISTA EN SST**REGISTRO MEDICO :** 1088311656 LPSST 2599-22**NOMBRE :** ANA MARIA CARDONA RAMIREZ**DOCUMENTO :** 1088324014

Luis Miguel Hincapié Rubio

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
Calle 19 # 5-13, Clínica Risaralda, consultorio 709
hincapiejm@gmail.com - 314 631 2161

**NOMBRE DEL PACIENTE**

RICARDO ALBERTO GIRALDO GIRALDO

GENERO

MASCULINO

DOCUMENTO

CC 9870365

EDAD

42 AÑO(S) 6 MES(ES) 7 DIAS

ENTIDAD

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S

E-MAIL

--

DIRECCIÓN

MZ 7 CASA 39 ENTRE VERDE

MUNICIPIO

PEREIRA

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General Fecha de Exámen: 2024-02-07 09:27:14**Empresa Contratante**

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S

Ciudad

PEREIRA

Cargo A Desempeñar

INGENIERO DE CALIDAD

Tipo De Exámen

Pre-Empleo

Diagnósticos**Código**

Z100

Nombre

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Tipo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional**PRE-EMPLEO**

Sin Restricciones

Recomendaciones Paciente

3. Higiene postural, 6. Uso de lentes

Observaciones

REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ACTIVIDADES EN VISIÓN CERCANA.

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO**ASPIRANTE O TRABAJADOR****PROFESIONAL :** LUIS MIGUEL HINCAPIE RUBIO**ESPECIALIDAD :** MÉDICO ESPECIALISTA EN SST**REGISTRO MEDICO :** 1088311656 LPSST 2599-22**NOMBRE :** RICARDO ALBERTO GIRALDO GIRALDO**DOCUMENTO :** 9870365

Luis Miguel Hincapié Rubio

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
Calle 19 # 5-13, Clínica Risaralda, consultorio 709
hincapiejm@gmail.com - 314 631 2161

**NOMBRE DEL PACIENTE**

ANA MILENA RAMIREZ DUQUE

GENERO

FEMENINO

DOCUMENTO

CC 1088017023

EDAD30 AÑO(S) 1
MES(ES) 16 DIAS**ENTIDAD**

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S

E-MAIL**DIRECCIÓN**CAMPIÑAS DE ALCALA MZ 4 CAS A
15**MUNICIPIO**

PEREIRA

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General Fecha de Exámen: 2024-02-06 11:35:27**Empresa Contratante**

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S

Ciudad

PEREIRA

Cargo A Desempeñar

PROFESIONAL AMBIENTAL

Tipo De Exámen

Pre-Empleo

Diagnósticos**Código**

Z100

Nombre

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Tipo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional**PRE-EMPLEO**

Sin Restricciones

Recomendaciones Paciente

3. Higiene postural, 6. Uso de lentes

Observaciones

REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR.

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO**ASPIRANTE O TRABAJADOR****PROFESIONAL :** LUIS MIGUEL HINCAPIE RUBIO**ESPECIALIDAD :** MÉDICO ESPECIALISTA EN SST**REGISTRO MEDICO :** 1088311656 LPSST 2599-22**NOMBRE :** ANA MILENA RAMIREZ DUQUE**DOCUMENTO :** 1088017023

Luis Miguel Hincapié Rubio

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
Calle 19 # 5-13, Clínica Risaralda, consultorio 709
hincapiejm@gmail.com - 314 631 2161

	NOMBRE DEL PACIENTE	VANESSA CASTILLO AGUIRRE	GENERO	FEMENINO
	DOCUMENTO	CC 1053794154	EDAD	34 AÑO(S) 10 MES(ES) 26 DIAS
	ENTIDAD	ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S	E-MAIL	
	DIRECCIÓN	POBLADO 2	MUNICIPIO	PEREIRA

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General Fecha de Exámen: 2024-02-15 11:01:07

Empresa Contratante ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S	Ciudad PEREIRA	Cargo A Desempeñar PROFESIONAL SST
Tipo De Exámen Pre-Empleo		

Diagnósticos

Código Z100	Nombre EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	Tipo IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
-----------------------	--	--------------------------------------

Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional

PRE-EMPLEO
Sin Restricciones

Recomendaciones Paciente
3. Higiene postural

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO	ASPIRANTE O TRABAJADOR
	
PROFESIONAL : LUIS MIGUEL HINCAPIE RUBIO	NOMBRE : VANESSA CASTILLO AGUIRRE
ESPECIALIDAD : MÉDICO ESPECIALISTA EN SST	DOCUMENTO : 1053794154
REGISTRO MEDICO : 1088311656 LPSST 2599-22	

Luis Miguel Hincapié Rubio

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
Calle 19 # 5-13, Clínica Risaralda, consultorio 709
hincapiejm@gmail.com - 314 631 2161

**NOMBRE DEL
PACIENTE**CARLOS DANIEL CORTES
VALENCIA**GENERO**

MASCULINO

DOCUMENTO

CC 1002944561

EDAD23 AÑO(S) 2
MES(ES) 16 DIAS**ENTIDAD**

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S

E-MAIL**DIRECCIÓN**

CALLE 2 BIS # 12 - 48 OBRERO

MUNICIPIO

VITERBO

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General Fecha de Exámen: 2024-02-19 07:47:40**Empresa Contratante**

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S

Ciudad

PEREIRA

Cargo A Desempeñar

INGENIERO AUXILIAR

Tipo De Exámen

Pre-Empleo

Diagnósticos**Código**

Z100

Nombre

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Tipo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional**PRE-EMPLEO**

Sin Restricciones

Recomendaciones Paciente

3. Higiene postural

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO**ASPIRANTE O TRABAJADOR****PROFESIONAL :** LUIS MIGUEL HINCAPIE RUBIO**ESPECIALIDAD :** MÉDICO ESPECIALISTA EN SST**REGISTRO MEDICO :** 1088311656 LPSST 2599-22**NOMBRE :** CARLOS DANIEL CORTES VALENCIA**DOCUMENTO :** 1002944561

Luis Miguel Hincapié Rubio

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
Calle 19 # 5-13, Clínica Risaralda, consultorio 709
hincapiejm@gmail.com - 314 631 2161

**NOMBRE DEL PACIENTE**

YUDDY PAOLA QUINTERO SANTANILLA

GENERO

FEMENINO

DOCUMENTO

CC 40612262

EDAD40 AÑO(S) 1
MES(ES) 16 DIAS**ENTIDAD**

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S

E-MAIL**DIRECCIÓN**

CL 6 9 11 CENTRO

MUNICIPIO

VITERBO

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General Fecha de Exámen: 2024-02-22 07:58:22**Empresa Contratante**

ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S

Ciudad

PEREIRA

Cargo A Desempeñar

SEÑALIZACION

Tipo De Exámen

Pre-Empleo

Diagnósticos**Código**

Z100

Nombre

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Tipo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional**PRE-EMPLEO**

Sin Restricciones

Recomendaciones Paciente

3. Higiene postural

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO**ASPIRANTE O TRABAJADOR****PROFESIONAL :** LUIS MIGUEL HINCAPIE RUBIO**ESPECIALIDAD :** MÉDICO ESPECIALISTA EN SST**REGISTRO MEDICO :** 1088311656 LPSST 2599-22**NOMBRE :** YUDDY PAOLA QUINTERO SANTANILLA**DOCUMENTO :** 40612262

Luis Miguel Hincapié Rubio

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
Calle 19 # 5-13, Clínica Risaralda, consultorio 709
hincapiejm@gmail.com - 314 631 2161

	NOMBRE DEL PACIENTE	IRENE MUÑOZ CASTAÑO	GENERO	FEMENINO
	DOCUMENTO	CC 1061373424	EDAD	24 AÑO(S) 4 MES(ES) 9 DIAS
	ENTIDAD	ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S	E-MAIL	---
	DIRECCIÓN	CRA 14 # 3 B - 16 BARRIO OBRERO	MUNICIPIO	VITERBO

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General Fecha de Exámen: 2024-02-22 07:56:44

Empresa Contratante ENDD CONSTRUCCIONES S.A.S	Ciudad PEREIRA	Cargo A Desempeñar AUXILIAR SST
Tipo De Exámen Pre-Empleo		

Diagnósticos

Código Z100	Nombre EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	Tipo IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
-----------------------	--	--------------------------------------

Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional

PRE-EMPLEO
Sin Restricciones

Recomendaciones Paciente

1. Dieta, 2. Ejercicio, 3. Higiene postural

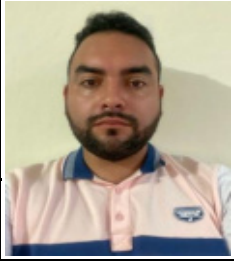
Remisión
EPS

Observaciones
VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICIÓN DE SU EPS, CONTROL NUTRICIONAL.

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO	ASPIRANTE O TRABAJADOR
	
PROFESIONAL : LUIS MIGUEL HINCAPIE RUBIO	NOMBRE : IRENE MUÑOZ CASTAÑO
ESPECIALIDAD : MÉDICO ESPECIALISTA EN SST	DOCUMENTO : 1061373424
REGISTRO MEDICO : 1088311656 LPSST 2599-22	

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	STEFANYA MAHECHA MOYANO	
CC	1.018.509.300	24 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERA	
TELÉFONO	3146682739	
CARGO	ARQUITECTA RESIDENTE DE OBRA	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	08/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
<p>RESULTADO DEL EXAMEN:</p> <p>A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:</p>		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
<p>El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.</p>		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE ARQUITECTA RESIDENTE DE OBRA		
<p>1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.</p>		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De		
Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	MARIO ALEJANDRO BARRIOS ARISTIZABAL	
CC	1.053.823.175	31 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	3225172127	
CARGO	SUPERVISOR	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	08/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	SOBREPESO	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE SUPERVISOR		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS. 5 Se le recomienda DISMINUIR PESO CORPORAL MEDIANTE DIETA Y EJERCICIO REGULAR.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 314888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

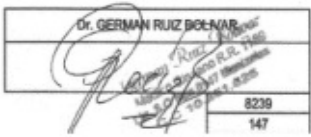
CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JESUS OLIVER ALBORNOZ CASTRO	
CC	5.428.974	35 AÑOS
ESTADO CIVIL	CASADO	
TELÉFONO	3202154928	
CARGO	MAESTRO DE OBRA	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	08/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
<p>RESULTADO DEL EXAMEN:</p> <p>A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:</p>		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
<p>El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.</p>		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	OBESIDAD	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE MAESTRO DE OBRA		
<p>1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS. 5 Se le recomienda DISMINUIR PESO CORPORAL MEDIANTE DIETA Y EJERCICIO REGULAR.</p>		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
<p>VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.</p> <p>CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.</p> <p>ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.</p> <p>CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:</p> <p>De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.</p>		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
<p>Nombre y cargo del profesional responsable</p> <p>Medico Especialista en salud ocupacional</p> <p>Firma</p> <p>Registro medico N° 1189</p> <p>Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas</p>		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 314888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	MOISES GUERRERO	
CC	14.218.623	69 AÑOS
ESTADO CIVIL	DIVORSIADO	
TELÉFONO	3133275831	
CARGO	INSPECTOR DE OBRA Y APOYO SST	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	08/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	DEFECTO REFRACTIVO USO DE GAFAS	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE INSPECTOR DE OBRA Y APOYO SST		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS. 5 Se le recomienda valoración en su IPS por vascular Periferico. 6: Se le recomienda uso de medias de gradiente de presion positiva hasta la rodilla.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 314888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JUAN DAVID CIPRIANO JULIO	
CC	1.100.337.473	34 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3104454263	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Médico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro médico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JOSE DANIEL LOPEZ QUIROZ	
CC	1.193.552.452	20 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	3215737663	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
<p>RESULTADO DEL EXAMEN:</p> <p>A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:</p>		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
<p>El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.</p>		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
<p>SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION</p>		
<p>1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.</p>		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
<p>VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.</p> <p>CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.</p> <p>ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA</p> <p>OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.</p> <p>CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:</p> <p>De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.</p>		
<p>El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio</p>		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
<p>La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.</p>		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	LUIS FERNANDO ESCOBAR	
CC	1.061.368.040	20 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	3245366647	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
		
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
<p>El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.</p>		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
<p>1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.</p>		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Médico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro médico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	LUIS ALBERTO GIRALDO	
CC	9.992.278	59 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3202393756	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Médico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro médico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 314888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	GUSTAVO LOPEZ BERMUDEZ	
CC	1.067.372.453	27 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	3146643586	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
		
RESULTADO DEL EXAMEN: A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS: De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable Medico Especialista en salud ocupacional Firma Registro medico N° 1189 Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	LEONARDO RODRIGUEZ	
CC	4.194.474	20 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	NO REFIERE	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
		
RESULTADO DEL EXAMEN: A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES. CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación. ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal. CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS: De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable Medico Especialista en salud ocupacional Firma Registro medico N° 1189 Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

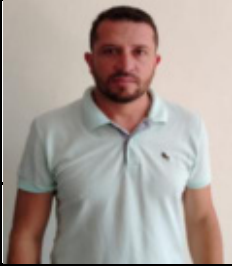
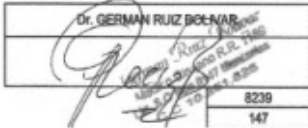
CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	ELMER DE JESUS PATIÑO GRAJALES	
CC	9.991.509	60 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	3135286897	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
		
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
<p>El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.</p>		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
<p>1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.</p>		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Médico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro médico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

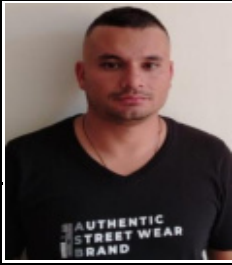
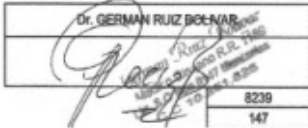
CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	SAMUEL DE JESUS MAPURA	
CC	9.994.951	43 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3137177976	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
		
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
<p>El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.</p>		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	SOBREPESO	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
<p>1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS. 5. Se recomienda valoración por nutricion y dietetica en su identidad de salud.</p>		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De		
Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

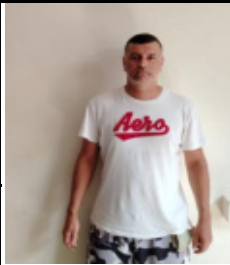
CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JOSE ELIESER LOPEZ CANO	
CC	4.549.054	44 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3114062494	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
		
RESULTADO DEL EXAMEN: A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	DEFECTO REFRACTIVO	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS: De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable Medico Especialista en salud ocupacional Firma Registro medico N° 1189 Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

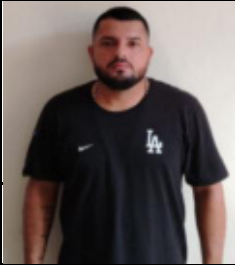
CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JUAN CARLOS CUBILLOS GALLEGO	
CC	9.993.891	50 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3105852931	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	SOBREPESO	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	DEFECTO REFRACTIVO	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS. 5 Se le recomienda DISMINUIR PESO CORPORAL MEDIANTE DIETA Y EJERCICIO REGULAR.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

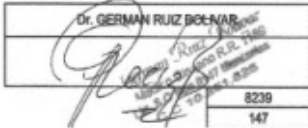
CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JUAN CARLOS CUBILLOS GALLEGO	
CC	9.993.891	50 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3105852931	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	SOBREPESO	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	DEFECTO REFRACTIVO	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS. 5 Se le recomienda DISMINUIR PESO CORPORAL MEDIANTE DIETA Y EJERCICIO REGULAR.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 314888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

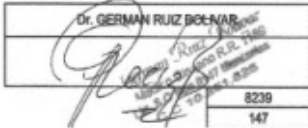
CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JORDAN MAURICIO JIMENEZ	
CC	110.492.366	34 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	3212279247	
CARGO	OFICIAL DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	DEFECTO REFRACTIVO	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE OFICIAL DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De		
Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 314888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JOSE LEONARDO GONZALEZ	
CC	1.088.278.541	33 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3115361699	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	SOBREPESO	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS. 5. Se recomienda valoración por nutricion y dietetica en su identidad de salud.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De		
Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JUAN CARLOS TORRES GRANADA	
CC	4.549.042	38 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	3146877545	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
		
RESULTADO DEL EXAMEN: A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS: De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable Medico Especialista en salud ocupacional Firma Registro medico N° 1189 Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

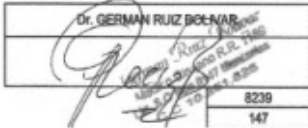
CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JORGE LUIS OSPINA GRANADA	
CC	1.061.371.632	30 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	3117354750	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	SOBREPESO	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS. 5. Se recomienda valoración por nutricion y dietetica en su identidad de salud.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De		
Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	ESTEBAN ADRIAN ROJA GRANADA	
CC	1.061.371.036	31 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3115361699	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	CASO CONFIRMADO	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es CASO CONFIRMADO. Sin restricciones para su labor.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Médico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro médico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De		
Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

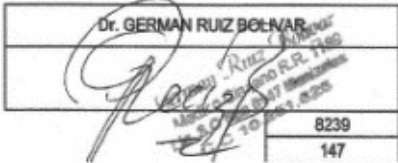
CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	ALEX FERNANDO RUIZ NARVAEZ	
CC	1.006.814.672	23 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	3217009179	
CARGO	OFICIAL DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE OFICIAL DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De		
Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 314888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	BRAYAN ALFONSO RUIZ NARVAEZ	
CC	1.016.945.002	19 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
TELÉFONO	3207909749	
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
<p>RESULTADO DEL EXAMEN:</p> <p>A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:</p>		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
<p>El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.</p>		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION		
<p>1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.</p>		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De		
Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 314888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	LUIS FERNANDO CASTAÑEDA MARIN	
CC	1.007.144.093	28 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3138788967	
CARGO	OFICIAL DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	10/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
		
RESULTADO DEL EXAMEN: A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE OFICIAL DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES. CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación. ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal. CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS: De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable Medico Especialista en salud ocupacional Firma Registro medico N° 1189 Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JULIAN ENRRIQUE CONTRERAS NOREÑA	
CC	10.123.132	52 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3148684799	
CARGO	OFICIAL DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	12/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE OFICIAL DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Médico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro médico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De		
Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versalles. Tel: 3148888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO		
NOMBRE	JOSE JHONY BOLIVAR CARO	
CC	15.264.036	50 AÑOS
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	
TELÉFONO	3148684799	
CARGO	OFICIAL DE LA CONSTRUCCION	
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	
Fecha del examen médico	12/02/2024	
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO	
RESULTADO DEL EXAMEN:		
A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:		
CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.		
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
NUTRICIONAL	NORMAL	
PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	
(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)		
RECOMENDACIONES		
SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU LABOR DE OFICIAL DE LA CONSTRUCCION		
1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. 2. Se le recomienda la valoración anual por Optometría en su entidad de salud. 3. Realizar pausas activas laborales e higiene postural cada hora. 4. Realizar actividades de detección temprana y protección específica de la salud en su EPS.		
RESTRICCIONES: NINGUNA		
VALORACION MEDIANTE MEDIOS VIRTUALES.		
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.		
ANEXO OSTEOMUSCULAR POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
OSTEOMUSCULAR: El resultado es normal.		
CONSIDERACIONES SOBRE EL RESULTADO DEL CUESTIONARIO SINTOMAS RESPIRATORIOS:		
De acuerdo con las respuestas dadas por el trabajador en el cuestionario de síntomas respiratorios aplicado, se considera negativo para síntomas en el sistema respiratorio.		
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio		
Nombre y cargo del profesional responsable		
Medico Especialista en salud ocupacional		
Firma		
Registro medico N° 1189		
Licencia de SO N° 75054 De La Territorial de Salud De		
Caldas		
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio 6 edificio Clarabet de Versailles. Tel: 314888508		
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.		
FIRMA		

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO LABORAL PARA EL CARGO						
NOMBRE	JHON JAIRO SUAREZ SANCHEZ					
CC	9,993,286	54 AÑOS				
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE					
TELÉFONO	3136386870					
CARGO	AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION					
EMPRESA	MH ARQUITECTURA E INGENIERIA					
Fecha del examen médico	19/02/2024					
EXAMEN MÉDICO LABORAL	PRE-INGRESO					
						
RESULTADO DEL EXAMEN: A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos expuesto esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:						
CONCEPTO	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO </div>					
<p>El diseño de éste formato y la información contemplada tienen la finalidad de alimentar los perfiles sociodemográficos, el informe de condición de salud y los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) del SG-SST. Decreto Unico Reglamentario Sector trabajo 1072. El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio.</p>						
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR NUTRICIONAL PRUEBA DE VISIÓN DE AMBOS OJOS PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA <i>(ES UNA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA AUDICIÓN EN EL ÁREA DE LA COMUNICACIÓN)</i>	<table border="1"> <tr> <td>SINTOMATICO</td> </tr> <tr> <td>SOBREPESO</td> </tr> <tr> <td>DEFECTO REFRACTIVO</td> </tr> <tr> <td>NORMAL</td> </tr> </table>		SINTOMATICO	SOBREPESO	DEFECTO REFRACTIVO	NORMAL
SINTOMATICO						
SOBREPESO						
DEFECTO REFRACTIVO						
NORMAL						
RECOMENDACIONES SEGUN LA DECLARACION DE SALUD Y EL RECONOCIMIENTO MEDICO, EL PERFIL FISICO DEL ASPIRANTE SE CONSIDERA ADECUADO PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE LA CONSTRUCCION						
SE SUGIERE LA RELIZACION DE PAUSAS ACTIVAS LABORALES Y GIMNACIA OCUPACIONAL SEGÚN PROFESIOGRAMA. ACATAR LA NORMATIVIDAD PARA EL CARGO Y LA LABOR A REALIZAR .REALIZAR ACTIVIDADES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA DE LA SALUD POR PARTE DE LA EPS. SOLICITAR VALORACION EN SU ENTIDAD DE SALUD POR OPTOMETRIA. SE LE RECOMIEND DISMINUIR PESO ACORDE A SU CONTEXTURA CORPORAL. SE LE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES EN SU ENTIDAD DE SALUD POR SU CONDICION DE SALUD CONTROLADA EN LA MISMA						
RESTRICCIONES: ninguna Enfasis riesgo cardiovascular: Riesgo Medio . Enfasis riesgo Metabolico: Medio						
El anterior concepto está apoyado en la realización de exámenes médicos, pruebas físicas osteomusculares conforme a las guías GATISO del ministerio						
Nombre y cargo del profesional responsable Medica especialista en salud ocupacional Firma Registro medico N° 1189 Licencia de SO N° 75054						
Carrera 24 N° 51- 45 Consultorio N° 6 Edificio Clarabet de Versailles Tel: 3148888508						
La persona evaluada certifica con su firma, que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que puedan influir en el diagnóstico final de éste examen.						
FIRMA						