INT-TISB-1707-052

Bogotá, D.C, 16 de noviembre 2023

Señores
SOLUCIONES INTEGRALES UNION S.A.S.
Atn. FLAMINIO SANCHEZ SANCHEZ
Representante Legal
Contratista de Obra
Ciudad

REFERENCIA: "CONTRATACIÓN DE UNA PERSONA JURÍDICA O NATURAL, QUE REALICE LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, LEGAL, AMBIENTAL, CONTROL DE COSTOS Y CONTROL DE PROGRAMACIÓN PARA LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INMUEBLES DONDE FUNCIONAN OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PÚBLICOS A NIVEL NACIONAL DIVIDIDA EN AGRUPACIONES. (13 ORIP).". (AGRUPACIÓN 1).

ASUNTO: RE-OFICIO 046-CONT-1674-23 SOLICITUD AUTORIZACION DE INGRESO ORIP BORDO, CAUCA

Cordial saludo,

En relación con la documentación remitida por ustedes, se informa que una vez revisada, cumple con los parámetros establecidos en temas de afiliación a seguridad social, por ende, se da aprobación de ingreso al personal para involucrarse a las actividades de obra en los frentes relacionados que se tienen para ejecución.

A continuación, se relaciona el personal de obra:

- Andrés Campo Caicedo, CC 1.002.982.046
- Bryan Andrés Silva Zamabrano, CC 1.144.045.782
- Jhon Alexander CAldon Calapsu, CC 1.002.938.404
- Jhon Jairo Angulo Rengifo, CC 1.059.911.006
- Leny Zamid Bravo Bolaños, CC 1.059.901.945
- Luis Alfonso Perez Chorón, CC 88.250.063

Cordialmente,

Arq. Fernando Jiménez Polo
DIRECTOR DE INTERVENTORIA
TOTALL INC SAS BIC

Medellín, 31 de Octubre de 2023

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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PRODICA INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CAUCA, 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
C1002982046	CAMPO CAICEDO ANDRES	01/11/2023		30442484	DEPENDIENTE	POR INICIAR 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:C1053822122330444745

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 138.117.108.88, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900.935.126

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ANDRES CAMILO CAICEDO identificado(a) con CC 1002982046, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de ASMET SALUD EPS SAS por PRODICA INGENIERIA SAS NI 901753514 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
30/oct./2023	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
30/nov./2023	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 31 días del mes de oct. de 2023.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de ASMET SALUD EPS SAS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000913876 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

ASMET SALUD EPS S.A.S NIT
900935126

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:

ANDRES CAMILO CAICEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.982.046**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Octubre del 2023.

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.

SocialMed IPS
GESTIONAMOS TU SALUD

Certificado de Aptitud al Cargo

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

NOMBRE: *ANDRES CAMILO CAICEDO*	**SEXO:** *MASCULINO*
IDENTIFICACIÓN: *1.002.982.046*	**EDAD:** *22 año(s)*
HISTORIA CLINICA N°: *1.144.045.782*	**ESTADO CIVIL:** *CASADO*
TIPO IDENTIFICACIÓN: *CEDULA DE CIUDADANIA*	**FECHA NACIMIENTO:** *2001-10-11*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:**
ETNIA: *NINGUNA DE LAS ANTERIORES*	**TIPO DE USUARIO:** *CONTRIBUTIVO*
GRUPO SANGUINEO y RH: *O +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *3-11-2023 9.50 am*
DIRECCIÓN: *MENDEZ CASA 3A*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *3-11-2023 10.10 am*

DATOS PERSONALES ADICIONALES

OCUPACION: *NO APLICA*, **GRUPO POBLACIONAL:** *NO DEFINIDO*, **SABE LEER O ESCRIBIR:** *SI*, **NIVEL DE ESCOLARIDAD** *BACHILLER*

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

MOTIVO DE CONSULTA: EXAMEN LABORAL DE INGRESO
NOMBRE DE LA EMPRESA QUE LO REMITE: PARTICULAR
CARGO (EMPRESA ACTUAL O AL QUE ASPIRA): AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO

EL SERVICIO MÉDICO OCUPACIONAL CON EL/LA DOCTOR(A) **NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ**, MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, MEDIANTE EL EXAMEN DE APTITUD, PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO Y DE LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES AL MISMO, EMITE QUE LA PERSONA IDENTIFICADA EN ESTE CERTIFICADO ES:

¿EXISTEN CONDICIONES DE SALUD QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL?: NO
¿EXAMEN APLAZADO?: NO
EVOLUCIÓN O ANOTACIÓN ADICIONAL: PACIENTE SIN HALLAZGOS QUE LE GENEREN RESTRICCION LABORAL

RECOMEDACIONES

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
- HABITOS SALUDABLES
- CONTROL DEL PESO
- HACER DEPORTE
- DIETA BALANCEADA

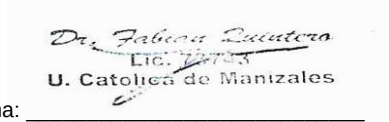
OCUPACIONALES
- USO DE EPP
- SVE CARDIOVASCULAR
- PAUSAS ACTIVAS E HIGUIENE POSTURAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES
CONTROL DEL PESO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES LABORALES

LIMITACIÓN O RESTRICCIÓN	TIPO	RECOMENDACIÓN

La presente certificación se expide con la base a la historia clínica ocupacional del trabajo, lo cual tiene un carácter confidencial



Firma: _____
NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ
cc.80194375 // MEDICINA OCUPACIONAL

Firma: _____
ANDRES CAMILO CAICEDO

Medellín, 31 de Octubre de 2023

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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PRODICA INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CAUCA, 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
C1144045782	SILVA ZAMBRANO BRYAN ANDRES	01/11/2023		201135i4	DEPENDIENTE	POR INICIAR 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:C1053822122330444745

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 138.117.108.88, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 31/10/2023, el empleador PRODICA INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901753514 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6340082	31/10/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1144045782	BRYANANDRES SILVA ZAMBRANO	1160000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2023-10-31

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 31 días del mes de Octubre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

BRYAN ANDRES SILVA ZAMBRANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.144.045.782**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Noviembre del 2023.

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.

SocialMed IPS
GESTIONAMOS TU SALUD

Certificado de Aptitud al Cargo

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

NOMBRE: *BRYAN ANDRES SILVA ZAMBRANO*	**SEXO:** *MASCULINO*
IDENTIFICACIÓN: *1.144.045.782*	**EDAD:** *33 año(s)*
HISTORIA CLINICA N°: *1.144.045.782*	**ESTADO CIVIL:** *CASADO*
TIPO IDENTIFICACIÓN: *CEDULA DE CIUDADANIA*	**FECHA NACIMIENTO:** *1991-08-02*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:**
ETNIA: *NINGUNA DE LAS ANTERIORES*	**TIPO DE USUARIO:** *CONTRIBUTIVO*
GRUPO SANGUINEO y RH: *O +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *3-11-2023 08:00 am*
DIRECCIÓN: *VIA EL CENTRO*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *3-11-2023 8.30 am*

DATOS PERSONALES ADICIONALES

OCUPACION: *NO APLICA*, **GRUPO POBLACIONAL:** *NO DEFINIDO*, **SABE LEER O ESCRIBIR:** *SI*, **NIVEL DE ESCOLARIDAD** *BACHILLER*

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

MOTIVO DE CONSULTA: EXAMEN LABORAL DE INGRESO
NOMBRE DE LA EMPRESA QUE LO REMITE: PARTICULAR
CARGO (EMPRESA ACTUAL O AL QUE ASPIRA): AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO

EL SERVICIO MÉDICO OCUPACIONAL CON EL/LA DOCTOR(A) **NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ**, MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, MEDIANTE EL EXAMEN DE APTITUD, PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO Y DE LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES AL MISMO, EMITE QUE LA PERSONA IDENTIFICADA EN ESTE CERTIFICADO ES:

¿EXISTEN CONDICIONES DE SALUD QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL?: NO
¿EXAMEN APLAZADO?: NO
EVOLUCIÓN O ANOTACIÓN ADICIONAL: PACIENTE SIN HALLAZGOS QUE LE GENEREN RESTRICCION LABORAL

RECOMEDACIONES

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
- HABITOS SALUDABLES
- CONTROL DEL PESO
- HACER DEPORTE
- DIETA BALANCEADA

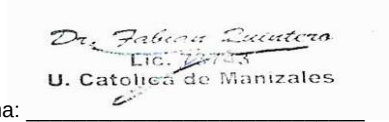
OCUPACIONALES
- USO DE EPP
- SVE CARDIOVASCULAR
- PAUSAS ACTIVAS E HIGUIENE POSTURAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES
CONTROL DEL PESO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES LABORALES

LIMITACIÓN O RESTRICCIÓN	TIPO	RECOMENDACIÓN

La presente certificación se expide con la base a la historia clínica ocupacional del trabajo, lo cual tiene un carácter confidencial



Firma: _____
NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ
cc.80194375 // MEDICINA OCUPACIONAL

Firma: _____
BRYAN ANDRES SILVA ZAMBRANO

Medellín, 31 de Octubre de 2023

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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PRODICA INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CAUCA, 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
C1002938404	CALDON CALAPSU JHON ALEXANDER	01/11/2023		21717581	DEPENDIENTE	POR INICIAR 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:C1053822122330444745

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 138.117.108.88, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CALDON CALAPSU JHON ALEXANDER** identificado(a) con **CC** número **1.002.938.404** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 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 31 de octubre de 2023.

Cordialmente,



***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

2023103112343

SocialMed IPS
GESTIONAMOS TU SALUD

Certificado de Aptitud al Cargo

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

NOMBRE: *JHON ALEXANDER CALDON CALAPSU*	**SEXO:** *MASCULINO*
IDENTIFICACIÓN: *1.002.938.404*	**EDAD:** *23 año(s)*
HISTORIA CLINICA N°: *1.002.938.404*	**ESTADO CIVIL:** *CASADO*
TIPO IDENTIFICACIÓN: *CEDULA DE CIUDADANIA*	**FECHA NACIMIENTO:** *2000-02-21*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:**
ETNIA: *NINGUNA DE LAS ANTERIORES*	**TIPO DE USUARIO:** *CONTRIBUTIVO*
GRUPO SANGUINEO y RH: *O +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *3-11-2023 11:50 am*
DIRECCIÓN: *VIA EL CENTRO*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *3-11-2023 12.30 pm*

DATOS PERSONALES ADICIONALES

OCUPACION: *NO APLICA*, **GRUPO POBLACIONAL:** *NO DEFINIDO*, **SABE LEER O ESCRIBIR:** *SI*, **NIVEL DE ESCOLARIDAD** *BACHILLER*

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

MOTIVO DE CONSULTA: EXAMEN LABORAL DE INGRESO
NOMBRE DE LA EMPRESA QUE LO REMITE: PARTICULAR
CARGO (EMPRESA ACTUAL O AL QUE ASPIRA): AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO

EL SERVICIO MÉDICO OCUPACIONAL CON EL/LA DOCTOR(A) **NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ**, MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, MEDIANTE EL EXAMEN DE APTITUD, PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO Y DE LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES AL MISMO, EMITE QUE LA PERSONA IDENTIFICADA EN ESTE CERTIFICADO ES:

¿EXISTEN CONDICIONES DE SALUD QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL?: NO
¿EXAMEN APLAZADO?: NO
EVOLUCIÓN O ANOTACIÓN ADICIONAL: PACIENTE SIN HALLAZGOS QUE LE GENEREN RESTRICCION LABORAL

RECOMEDACIONES

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
- HABITOS SALUDABLES
- CONTROL DEL PESO
- HACER DEPORTE
- DIETA BALANCEADA

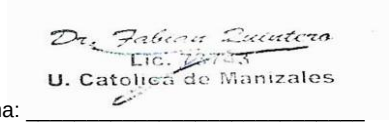
OCUPACIONALES
- USO DE EPP
- SVE CARDIOVASCULAR
- PAUSAS ACTIVAS E HIGUIENE POSTURAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES
CONTROL DEL PESO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES LABORALES

LIMITACIÓN O RESTRICCIÓN	TIPO	RECOMENDACIÓN

La presente certificación se expide con la base a la historia clínica ocupacional del trabajo, lo cual tiene un carácter confidencial



Firma: _____
NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ
cc.80194375 // MEDICINA OCUPACIONAL

Firma: _____
JHON ALEXANDER CALDON CALAPSU

Medellín, 31 de Octubre de 2023

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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PRODICA INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CAUCA, 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
C1059911006	ANGULO RENGIFO JHON JAIRO	01/11/2023		Z5235XB4	DEPENDIENTE	POR INICIAR 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:C1053822122330444745

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 138.117.108.88, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 ANGULO RENGIFO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.059.911.006**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Octubre del 2023.

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.

SocialMed IPS
GESTIONAMOS TU SALUD

Certificado de Aptitud al Cargo

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

NOMBRE: *JHON JAIRO ANGULO RENGIFO*	**SEXO:** *MASCULINO*
IDENTIFICACIÓN: *1.059.911.006*	**EDAD:** *31 año(s)*
HISTORIA CLINICA N°: *1.059.911.006*	**ESTADO CIVIL:** *SOLTERO*
TIPO IDENTIFICACIÓN: *CEDULA DE CIUDADANIA*	**FECHA NACIMIENTO:** *1992-09-21*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:**
ETNIA: *NINGUNA DE LAS ANTERIORES*	**TIPO DE USUARIO:** *CONTRIBUTIVO*
GRUPO SANGUINEO y RH: *O +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *3-11-2023 10:45 am*
DIRECCIÓN: *HUECO LINDO No 12 N*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *3-11-2023 11.20 am*

DATOS PERSONALES ADICIONALES

OCUPACION: *NO APLICA*, **GRUPO POBLACIONAL:** *NO DEFINIDO*, **SABE LEER O ESCRIBIR:** *SI*, **NIVEL DE ESCOLARIDAD** *BACHILLER*

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

MOTIVO DE CONSULTA: EXAMEN LABORAL DE INGRESO
NOMBRE DE LA EMPRESA QUE LO REMITE: PARTICULAR
CARGO (EMPRESA ACTUAL O AL QUE ASPIRA): AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO

EL SERVICIO MÉDICO OCUPACIONAL CON EL/LA DOCTOR(A) **NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ**, MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, MEDIANTE EL EXAMEN DE APTITUD, PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO Y DE LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES AL MISMO, EMITE QUE LA PERSONA IDENTIFICADA EN ESTE CERTIFICADO ES:

¿EXISTEN CONDICIONES DE SALUD QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL?: NO
¿EXAMEN APLAZADO?: NO
EVOLUCIÓN O ANOTACIÓN ADICIONAL: PACIENTE SIN HALLAZGOS QUE LE GENEREN RESTRICCION LABORAL

RECOMEDACIONES

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
- HABITOS SALUDABLES
- CONTROL DEL PESO
- HACER DEPORTE
- DIETA BALANCEADA

OCUPACIONALES
- USO DE EPP
- SVE CARDIOVASCULAR
- PAUSAS ACTIVAS E HIGUIENE POSTURAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES
CONTROL DEL PESO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES LABORALES

LIMITACIÓN O RESTRICCIÓN	TIPO	RECOMENDACIÓN

La presente certificación se expide con la base a la historia clínica ocupacional del trabajo, lo cual tiene un carácter confidencial

Dr. Fabian Quintero
Lic.
U. Catolica de Manizales

Firma: _____
NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ
cc.80194375 // MEDICINA OCUPACIONAL

Firma: _____
JHON JAIRO ANGULO RENGIFO

Medellín, 31 de Octubre de 2023

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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PRODICA INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CAUCA, 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
C1059901945	BRAVO BOLAÑOS LENY ZAMID	01/11/2023		64o21723	DEPENDIENTE	POR INICIAR 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:C105382122330444745

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 138.117.108.88, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900.935.126

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LENY ZAMID BRAVO BOLAÑOS identificado(a) con CC 1059901945, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de ASMET SALUD EPS SAS por PRODICA INGENIERIA SAS NI 901753514 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
30/oct./2023	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
30/nov./2023	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 31 días del mes de oct. de 2023.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de ASMET SALUD EPS SAS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000913876 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

ASMET SALUD EPS S.A.S NIT
900935126

porvenir

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

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

Nº 23260523

23260523

42 03 09 05 | Ciudad: POPAYAN | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2023 10 30

1. Tipo de Vinculación

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

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

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

2. Datos Básicos

Tipo de Documento (C.C T.I C.E PAS R.C C.D)	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Expedición del Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Género	Es Pensionado (Jubilado)
X	1059902945	2022 12 13	PATIA	M X F	SI NO X

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres
BRAVO	BOLAÑOS	LENY	ZAMID

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	
2004 12 11	PATIA	Colombiana	Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: BARRIO HUECO LINDO N 15 | Barrio: HUECO LINDO | Ciudad/Municipio: BOLO
Departamento: CAUCA | Nº. de Teléfono Fijo | Nº. de Teléfono celular: 3205965443
Dirección de Correo Electrónico (e-mail): samirbolanosbravo@gmail.com
Autorización de envío de información a través de medios electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI X NO
Dirección Laboral | Ciudad: POPAYAN | Departamento: CAUCA | Nº. de Teléfono

4. Datos Empleador e información del Vinculo Laboral

Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Nombre y/o Razón Social
NIT X C.C C.E PAS T.I	901753514	PRODICA INGENIERIA SAS

Ciudad	Dirección Empleador	Departamento	Teléfono(s)
POPAYAN		CAUCA	

Ocupación o Cargo Actual	Salario o Ingreso Mensual	Salario Integral
AUXILIAR	$ 1'160.000	y/o $

Envío de Notificación | Sucursal Principal X | Sucursal Ciudad | Tipo de Trabajador | Independiente Contratista | Dependiente X | Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F			AAAA MM DD	
	M F			AAAA MM DD	
	M F			AAAA MM DD	
	M F			AAAA MM DD	

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

6. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y coticé 150 semanas
Entidad en la cuál se realizó la cotización:
Tengo Derecho al Bono Pensional SI NO X

7. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la Vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones te notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto, (Decreto 1813 de 2020).

9. Voluntad de Selección y Afiliación

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

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

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

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor: JAIR BONILLA
No. de identificación del promotor: 14837475
Firma del promotor: JAIR B

Firma autorizada del Representante Legal

DIC-21 F-01-AF-CR-01 V4.0

-Porvenir - Pensiones Obligatorias-

Nº 23260523

Powered by CamScanner

SocialMed IPS
GESTIONAMOS TU SALUD

Certificado de Aptitud al Cargo

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

NOMBRE: *LENY ZAMID BRAVO BOLAÑOS*	**SEXO:** *MASCULINO*
IDENTIFICACIÓN: *1.059.901.945*	**EDAD:** *19 año(s)*
HISTORIA CLINICA N°: *1.059.901.945*	**ESTADO CIVIL:** *SOLTERO*
TIPO IDENTIFICACIÓN: *CEDULA DE CIUDADANIA*	**FECHA NACIMIENTO:** *2004-11-11*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:**
ETNIA: *NINGUNA DE LAS ANTERIORES*	**TIPO DE USUARIO:** *CONTRIBUTIVO*
GRUPO SANGUINEO y RH: *O +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *3-11-2023 1:20 pm*
DIRECCIÓN: *VIA EL CENTRO*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *3-11-2023 1.50 pm*

DATOS PERSONALES ADICIONALES

OCUPACION: *NO APLICA*, **GRUPO POBLACIONAL:** *NO DEFINIDO*, **SABE LEER O ESCRIBIR:** *SI*, **NIVEL DE ESCOLARIDAD** *BACHILLER*

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

MOTIVO DE CONSULTA: EXAMEN LABORAL DE INGRESO
NOMBRE DE LA EMPRESA QUE LO REMITE: PARTICULAR
CARGO (EMPRESA ACTUAL O AL QUE ASPIRA): AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO

EL SERVICIO MÉDICO OCUPACIONAL CON EL/LA DOCTOR(A) **NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ**, MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, MEDIANTE EL EXAMEN DE APTITUD, PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO Y DE LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES AL MISMO, EMITE QUE LA PERSONA IDENTIFICADA EN ESTE CERTIFICADO ES:

¿EXISTEN CONDICIONES DE SALUD QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL?: NO
¿EXAMEN APLAZADO?: NO
EVOLUCIÓN O ANOTACIÓN ADICIONAL: PACIENTE SIN HALLAZGOS QUE LE GENEREN RESTRICCION LABORAL

RECOMEDACIONES

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
- HABITOS SALUDABLES
- CONTROL DEL PESO
- HACER DEPORTE
- DIETA BALANCEADA

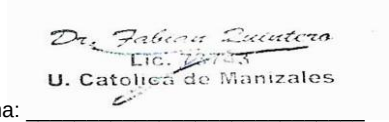
OCUPACIONALES
- USO DE EPP
- SVE CARDIOVASCULAR
- PAUSAS ACTIVAS E HIGUIENE POSTURAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES
CONTROL DEL PESO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES LABORALES

LIMITACIÓN O RESTRICCIÓN	TIPO	RECOMENDACIÓN

La presente certificación se expide con la base a la historia clínica ocupacional del trabajo, lo cual tiene un carácter confidencial



Firma: _____
NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ
cc.80194375 // MEDICINA OCUPACIONAL

Firma: _____
LENY ZAMID BRAVO

Medellín, 31 de Octubre de 2023

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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PRODICA INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CAUCA, 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
C88250063	PEREZ CHORON LUIS ALFONSO	01/11/2023		f1601223	DEPENDIENTE	POR INICIAR 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:C105382122330444745

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 138.117.108.88, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 31/10/2023, el empleador PRODICA INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901753514 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6340085	31/10/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	88250063	LUISALFONSO PEREZ CHORON	1160000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2023-10-31

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 31 días del mes de Octubre del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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 ALFONSO PEREZ CHORON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **88.250.063**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Octubre del 2023.

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.

SocialMed IPS
GESTIONAMOS TU SALUD

Certificado de Aptitud al Cargo

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

NOMBRE: *LUIS ALFONSO PEREZ CHORON*	**SEXO:** *MASCULINO*
IDENTIFICACIÓN: *88.250.383*	**EDAD:** *42 año(s)*
HISTORIA CLINICA N°: *88.250.383*	**ESTADO CIVIL:** *CASADO*
TIPO IDENTIFICACIÓN: *CEDULA DE CIUDADANIA*	**FECHA NACIMIENTO:** *1981-05-15*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:**
ETNIA: *NINGUNA DE LAS ANTERIORES*	**TIPO DE USUARIO:** *CONTRIBUTIVO*
GRUPO SANGUINEO y RH: *O +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *3-11-2023 08:40 a.m.*
DIRECCIÓN: *BALBOA CASA M-17*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *3-11-2023 9.15 a.m.*

DATOS PERSONALES ADICIONALES

OCUPACION: *NO APLICA*, **GRUPO POBLACIONAL:** *NO DEFINIDO*, **SABE LEER O ESCRIBIR:** *SI*, **NIVEL DE ESCOLARIDAD** *BACHILLER*

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

MOTIVO DE CONSULTA: EXAMEN LABORAL DE INGRESO
NOMBRE DE LA EMPRESA QUE LO REMITE: PARTICULAR
CARGO (EMPRESA ACTUAL O AL QUE ASPIRA): AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO

EL SERVICIO MÉDICO OCUPACIONAL CON EL/LA DOCTOR(A) **NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ**, MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, MEDIANTE EL EXAMEN DE APTITUD, PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO Y DE LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES AL MISMO, EMITE QUE LA PERSONA IDENTIFICADA EN ESTE CERTIFICADO ES:

¿EXISTEN CONDICIONES DE SALUD QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL?: NO
¿EXAMEN APLAZADO?: NO
EVOLUCIÓN O ANOTACIÓN ADICIONAL: PACIENTE SIN HALLAZGOS QUE LE GENEREN RESTRICCION LABORAL

RECOMEDACIONES

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
- HABITOS SALUDABLES
- CONTROL DEL PESO
- HACER DEPORTE
- DIETA BALANCEADA

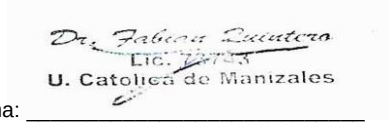
OCUPACIONALES
- USO DE EPP
- SVE CARDIOVASCULAR
- PAUSAS ACTIVAS E HIGUIENE POSTURAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES
CONTROL DEL PESO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES LABORALES

LIMITACIÓN O RESTRICCIÓN	TIPO	RECOMENDACIÓN

La presente certificación se expide con la base a la historia clínica ocupacional del trabajo, lo cual tiene un carácter confidencial



Firma: _____
NORBEY FABIAN QUINTERO ORTIZ
cc.80194375 // MEDICINA OCUPACIONAL

Firma: _____
BRYAN ANDRES SILVA ZAMBRANO