<table>
<tr><td colspan="3">CONSORCIO LYP MAFLA
NIT 901868818</td></tr>
<tr><td rowspan="3">"CONSTRUCCION OBRAS DE ESTABILIDAD Y OBRAS DE ESTABILIDAD DE AGUAS LLUVIAS PARA LA MITIGACION DEL RIESGO EN SITIOS CRITICOS DE LA COMUNA UNA, ATARDECERES HASTA LA COMUNA SEIS ECOTURISTICO CERRO DE ORO Y COMUNA 12 NUEVO HORIZONTE, ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE MANIZALES, POR EL SISTEMA DE MONTO AGOTABLE”</td><td>ANEXO TEC</td><td>MC-060 -2024</td></tr>
<tr><td colspan="2">INFORME HSEQ</td></tr>
<tr><td>Controlado</td><td>CODIGO: SGSST-D-014
FECHA: 05/10/2024</td></tr>
</table>

OBJETO DEL CONTRATO:

CONSTRUCCION OBRAS DE ESTABILIDAD Y OBRAS DE ESTABILIDAD DE AGUAS LLUVIAS PARA LA MITIGACION DEL RIESGO EN SITIOS CRITICOS DE LA COMUNA UNA, ATARDECERES HASTA LA COMUNA SEIS ECOTURISTICO CERRO DE ORO Y COMUNA 12 NUEVO HORIZONTE, ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE MANIZALES, POR EL SISTEMA DE MONTO AGOTABLE

INFORME MENSUAL
19 de septiembre al 15 de octubre
2024

Manizales

Contenido

1. INTRODUCCION 3
2. OBJETIVOS 3
3. PLAN DE TRABAJO 4
4. MATRIZ DE PELIGROS 4
5. SEGURIDAD SOCIAL 5
6. INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD 6
7. EXÁMENES DE INGRESO Y CONDICIONES DE SALUD 7
8.EXAMENES DE EGRESO Y/O NOTIFICACION EXAMEN DE EGRESO 7
9. INDUCCION Y EVALUACION SST 7
10 ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 8
11 CAPACITACIÓN AL PERSONAL 8
12. OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO 9
13. BASE DE DATOS 10
14 REGISTRO FOTOGRÁFICO 11

1. INTRODUCCION

La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) es la disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades
causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

2. OBJETIVOS

Cumplir con la legislación colombiana vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y otras regulaciones normativas aplicables a la Organización.

Procurar el bienestar físico, psíquico y social del personal a través de la prevención de enfermedades laborales y accidentes de trabajo

Crear conciencia y cultura de autoprotección a través de la gestión de sus riesgos, especialmente los considerados críticos

Garantizar que se identifiquen y evalúen en las especificaciones relativas a las compras o adquisiciones de productos y servicios con base en las disposiciones relacionadas con el cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Lograr el mejoramiento continuo y buen desempeño del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Llevar a cabo seguimiento al SG-SST Verificando el nivel de cumplimiento

3. PLAN DE TRABAJO

Desde la seguridad y salud en el trabajo se ha diseñado un plan de trabajo el cual va de la mano con el cronograma de capacitaciones, con el fin de realizar durante el periodo de ejecución de las obras, donde el enfoque son la ejecución de actividades que minimizan la exposición al riesgo del personal trabajando de la mano con la normatividad legal vigente entre las actividades podemos encontrar las inducciones en SST, capacitaciones, condiciones de salud de exámenes médicos, reporte de actos y condiciones inseguras, inspecciones entre otros.

ACTIVIDAD	FECHA EJECUCION	RESPONSABLE
Elaboración Plan de trabajo y capacitación	Septiembre 2024	Profesional SST
Elaboración matriz de peligros y riesgos	Septiembre 2024	Profesional SST
Entrega de EPP	Septiembre 2024	Profesional SST
Manual SGSST	Septiembre 2024	Profesional SST
Condiciones de salud - exámenes médicos	Septiembre 2024	Profesional SST
Preoperacionales máquinas/equipos	Septiembre 2024	Profesional SST
Elección y conformación Copasst /Cocolab/ Brigada de emergencias	Septiembre 2024	Profesional SST
Diseño plan de emergencias	Septiembre 2024	Profesional SST
Inspección general	Septiembre 2024	Profesional SST

ANEXO 1. (Plan de trabajo)

CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES

Justificación:

Las capacitaciones de Seguridad y Salud en el Trabajo representan el medio más efectivo para sensibilizar y promover una cultura del autocuidado en todo el personal colaborador (directo y subcontratista).

ANEXO 2. (Plan de capacitación)

4. MATRIZ DE PELIGROS

Para la ejecución del proyecto el CONSORCIO LYP MAFLA tiene en cuenta los posibles riesgos y peligros a través de una matriz basada en la GTC 45 la cual lleva a mitigar incidentes y accidentes de trabajo.

ANEXO 3. (Matriz de peligros)

5. SEGURIDAD SOCIAL

Cada colaborador cuenta con certificado de afiliación a ARL, EPS, PENSION, EMO, CONFA ANEXO 4 (Afiliaciones a seguridad social)

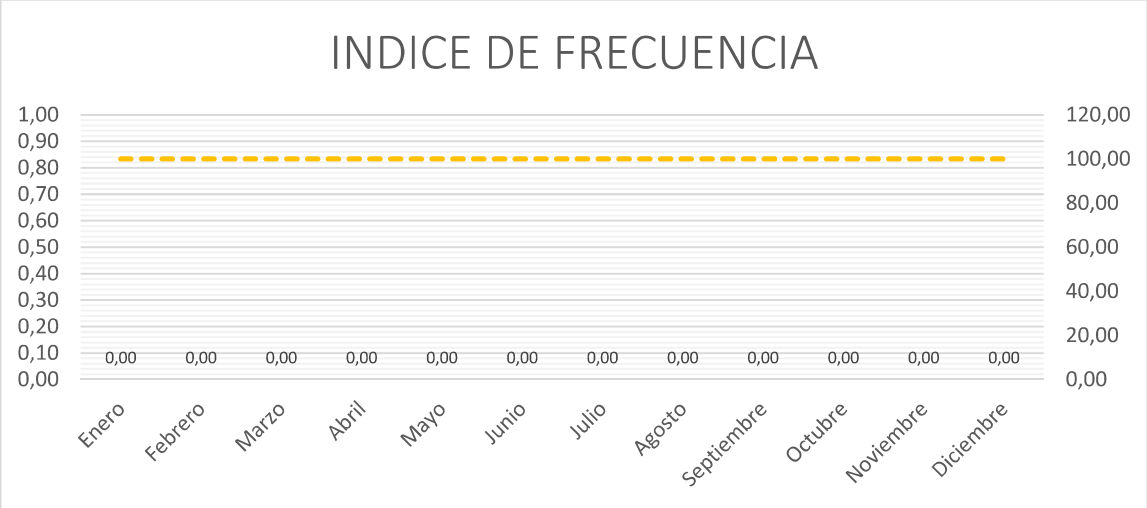
PERSONAL ACTIVO EN OBRA

DESCRIPCIÓN	Primer mes del 20 septiembre al 30 de septiembre de 2024
PERFORADORES	3
CONDUCTOR CAMIONETA	1
INGENIERO RESIDENTE	1
INGENIERO AMBIENTAL	1
PROFESIONAL SST	1
PROFESIONAL SOCIAL	1
MAESTRO DE OBRA	1
OFICIAL	3
AYUDANTES	5
TOTAL	**17**

1. **Personal en la obra directo y subcontratista: 17**
2. **Número de incapacidades: 0**
3. **Número de accidentes: 0**
4. **Número de incidentes: 0**
5. **Número de reportes de enfermedades profesionales = 0**
6. **Reporte de enfermedades generales = 0**
7. **Ausentismo sin justa y con justa causa =0**

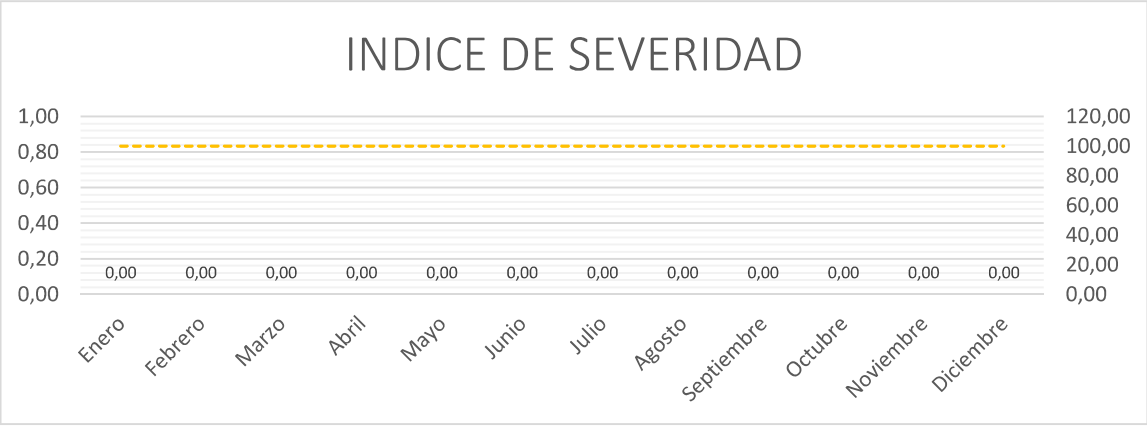
6. INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

FRECUENCIA



Por cada 100 trabajadores que laboran en el mes de 10 días NO se presentaron Accidentes de Trabajo.

SEVERIDAD



Por cada 100 trabajadores que laboran en el mes, NO se perdieron días por Accidentes de Trabajo, por lo que no hubo AT

Durante este periodo comprendido del 20 de septiembre del 2024 al 30 de septiembre del 2024 no se presentaron incapacidades por (AT ni por EG).

(indicadores de accidentalidad y E.G) incluido en informe

7. EXÁMENES DE INGRESO Y CONDICIONES DE SALUD

Exámenes de ingreso: Analiza el estado de salud del colaborador en el momento del ingreso, con el fin de orientar su ubicación frente a los factores de riesgo existentes en el puesto de trabajo.

Los exámenes de ingreso los está realizando IPS Integrar Salud en el periodo de 16 al 30 de septiembre del 2024, se realizaron **15** EXÁMENES DE INGRESO

(exámenes de ingreso) **Incluido en la SS**

8.EXAMENES DE EGRESO Y/O NOTIFICACION EXAMEN DE EGRESO

Exámenes de egreso: Tendrá énfasis en los factores de riesgo a los cuales estuvo expuesto y en las lesiones que pudo haber sufrido en caso de accidente. Para la realización del examen de egreso se le entregará una carta al trabajador donde se le informa el derecho de realizarse dicho examen sobre los 5 días hábiles después del su retiro.

Todo lo anterior según el código sustantivo de trabajo Art 57 numeral 7.

Entre el 21 y 23 de septiembre de 2024 se presentaron 2 **RETIROS**

ANEXO 5 (notificación examen egreso)

Colaboradores retirados

- ✓ Aljady Franco Sánchez
- ✓ Anderson Yáñez Giraldo

9. INDUCCION Y EVALUACION SST

Para el presente periodo del 20 de septiembre al 30 de septiembre del 2024, se registraron **19 INDUCCIONES** de personal directo y subcontratista, por lo que se realizaron las respectivas inducciones y evaluación de conocimiento a la inducción a todo el personal

En la Inducción que recibí el día de hoy se me socializo la siguiente información

- Que es AT - EL -Incidente de trabajo
- Reglamento de higiene y seguridad
- Socialización reglamento interno de trabajo
- Política en seguridad y salud en trabajo
- Política en alcohol, drogas y tabaquismo
- Uso de elementos de protección personal
- Peligros y riesgos a los cuales va estar expuesto, su control y prevención
- Normas básicas de seguridad y salud en el Trabajo
- Obligaciones del empleador
- Obligaciones del trabajador
- Objetivos
- Roles y responsabilidades

- Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo
- Comité de convivencia laboral
- Socialización del plan de emergencia
- Trabajos de alto riesgo (Trabajo en alturas)
- Sistema general de seguridad social (EPS, AFP, ARL, CONFA)
- Orden y aseo en los puestos de trabajo
- Reportar actos y condiciones inseguras

ANEXO 6 (inducciones y evaluación en SST)

10 ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Se hace entrega los elementos de protección personal al personal que ingresa nuevo a la obra y se realizan reposiciones de acuerdo con el uso y desgate de estos tales como:

- Casco
- Gafas de seguridad transparente
- Protección auditiva de inserción
- Nylon nitrilo corrugado.

ANEXO 7 (entrega EPP)

11 CAPACITACIÓN AL PERSONAL

En los siguientes temas

Durante el periodo se realizaron capacitaciones al personal con el fin de concientizarlos y minimizar al máximo eventos que pudieran generar incidentes y/o accidentes al colaborador

FECHA	TEMA DE CAPACITACION	RESPONSABLE	CANTIDAD
24 de septiembre 2024	Taller uso de EPP	Profesional SST	8
30 de septiembre 2024	Socialización plan de emergencias	Profesional SST	8

ANEXO 8 (capacitaciones)

12. OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

ACTIVIDADES DEL 05 DE AGOSTO AL 03 SEPTIEMBRE DE 2024	PERSONAL IMPACTADO	FECHA
✓ Elección y conformación de los comités (Copasst- Cocolab y brigada de Emergencias	En general	Septiembre 2024
✓ Pausas activas	En general	Septiembre 2024
✓ Preoperacional a maquinas y equipos	En general	Septiembre 2024
✓ Plan de capacitación Diseño y ejecución	En general	05 agosto al 3 de septiembre /2024
✓ Ubicación de camilla- extintor y botiquín primeros auxilios en punto con mayor personal	Oficina – bajo tablazo	05 agosto al 3 de septiembre /2024

13. BASE DE DATOS

Durante el proceso de selección y contratación del personal se tiene prioridad al personal del área de influencia donde se ejecutan las obras, se lleva el registro total del personal el cual se muestra a continuación y se adjunta el mismo.

N°	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	CÉDULA	NOMBRE	EPS	AFP	ARL	TIPO DE CONTRATO
1	17/09/2024		30.319.967	LILIANA PATRICIA DÍAZ DUQUE	SANITAS	PORVENIR	SURA	Subcontratista
2	20/09/2024 (Inicia cobertura 2024-09-17)		75.103.310	LEONARDO MONTOYA CASTAÑO	SURA EPS	PROTECCIÓN	SURA	Directo
3	20/09/2024 (Inicia cobertura 2024-09-17)		1.053.810.903	MANUEL FERNANDO CASTAÑEDA SALAZAR	SALUD TOTAL	PROTECCIÓN	SURA	Directo
4	20/09/2024		10.237.265	FABIO ARIAS CARDONA	SALUD TOTAL	PROTECCIÓN	SURA	Directo
5	20/09/2024		10.011.673	MAURICIO MAFLA GARCÍA	SURA EPS	PROTECCIÓN	SURA	Directo
6	20/09/2024		30.405.522	CATALINA GÓMEZ SUAZA	NUEVA EPS	PROTECCIÓN	SURA	Directo
7	20/09/2024		1.060.648.132	CAMILO ERNESTO GALLEGO ARIAS	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	SURA	Subcontratista
8	20/09/2024	21/09/2024	1.089.380.195	ALJADY FRANCO SÁNCHEZ	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	Directo
9	20/09/2024	20/09/2024	1.054.860.155	ANDERSON YAÑEZ GIRALDO	SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA	Directo
10	23/09/2024		16.079.933	GUSTAVO DE JESÚS SIERRA TREJOS	SALUD TOTAL	PROTECCIÓN	SURA	Directo
11	23/09/2024		16.070.893	YOVANY OCAMPO VALENCIA	SALUD TOTAL	PROTECCIÓN	SURA	Directo
12	23/09/2024		15.904.973	ORLANDO OROZCO VALENCIA	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	Directo
13	23/09/2024		94.294.059	PEPE ANCISAR ÁLVAREZ CHAMORRO	NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA	Directo
14	23/09/2024		75.103.901	JOSÉ DAVID HERNÁNDEZ GRISALES	NUEVA EPS	PROTECCIÓN	SURA	Directo
15	20/09/2024		4.273.801	JULIO ERNESTO QUINTERO	POLICIA	PENSIONADO	SURA	Subcontratista
16	24/09/2024	No ha vuelto	75.079.285	ARIEL SANCHEZ ACOSTA	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	Subcontratista
17	25/09/2024		10284894	ALVARO LOAIZA	NUEVA EPS	PROTECCIÓN	SURA	Directo
18	25/09/2024		10257109	CARLOS GONZALES CASTAÑEDA	SALUD TOTAL	PENSIONADO	SURA	Subcontratista
19	25/09/2024		75072478	WILMAR MAYA	SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA	Subcontratista
20	26/09/2024		75076712	ALBEIRO A GONZALES	SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA	Subcontratista

ANEXO 9 (base de datos)

14 REGISTRO FOTOGRÁFICO

En informe

	
INDUCCION SST	**INDUCCION SST**
	
ENTREGA DE EPP	**ENTREGA DE EPP**
	
SEÑALIZACIÓN	**SEÑALIZACIÓN**



INSPECCIONES DE SEGURIDAD



INSPECCIONES DE SEGURIDAD



CAPACITACIONES



CAPACITACIONES



ELEMENTOS ANTE POSIBLES EMERGENCIAS

	
PAUSAS ACTIVAS	

- ANEXO 1. (Plan de trabajo)

-ANEXO 2. (Plan de capacitación)

- ANEXO 3. (Matriz de peligros)

- ANEXO 4 (Afiliaciones a seguridad social)

-ANEXO 5 (Exámenes de retiro)

- ANEXO 6 (inducciones y evaluación en SST)

- ANEXO 7 (entrega E.P.P)

- ANEXO 8 (capacitaciones)

-ANEXO 9 (base de datos)

- ANEXO 10 (Registro fotográfico) incluido en el informe

ANEXO 11 (Documentos camioneta)

-ANEXO 12 (Preoperacionales – permisos de alturas - ATS)

-ANEXO 13 (Manual SST)

-ANEXO 14 (Conformación Comités Cocolab-Copasst-Brigada de emergencia)

ANEXO 15 Certificados cursos de alturas (contratistas)

ANEXO 16. Plan de Emergencias

ANEXO 17. Políticas



LILIANA PATRICIA DIAZ DUQUE

Profesional SST
Licencia 74550

	PLAN ANUAL DE TRABAJO 2024 **Consorcio LYP Mafla**	CÓDIGO:SGSST-D-002 VERSIÓN: 1 FECHA:15/09/2024

Gestion e implementacion : Fecha elaboración: Septiembre 2024

CICLO PHVA	OBJETIVO DE CONTROL DEL RIESGO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE O LÍDER	Sept	P	E	Oct	P	E	Nov	P	E	RECURSOS	INDICADOR DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO	ENTREGABLE / OBSERVACIONES
P-H-V	Cumplir con la legislación Colombiana vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y otras regulaciones normativas aplicables a la Organización	Lograr cobertura del 90% de la poblacion con trabajadora, con un cumplimiento del 85% de las actividades programadas	Elaboración Plan de trabajo y capacitacion	Profesional SST	15	1	1							Papeleria	NA	Firmado por Representante legal y Profesional en SST
			Elaboracion matriz de peligros y riesgos	Profesional SST	15	1	1							Papeleria	NA	Documento
			Entrega de EPP	Consorcio- Profesional SST	19	1	1							Papeleria	NA	Con firma colaborador
			Manual SGSST	Profesional SST	16	1	1							Papeleria	NA	Documento
			Condiciones de salud - examenes medicos	Profesional SST	20	1	1							examenes IPS Atencion	Total colaboradores por numero de personas que asisten	Caracterizacion (verificar recomendaciones)
			Preoperacionales maquinas/equipos	Profesional SST	23	1	1	1	1		5	1		Papeleria	NA	Listas chequeo
			Documentos conformacion Copasst /cocolab - brigada de emergencias	Profesional SST	23	1	1							Papeleria	NA	Acta de conformacion
			Diseño plan de Emergencias	Profesional SST	24	1	1							NA	NA	Documento para luego socializar
			Inspeccion general	Profesional SST	30	1	1	16	1		13	1		Papeleria	NA	lista chequeo- informe
			Seguimiento a contratistas	Profesional SST				18	1	1				Papeleria	NA	Seguridad social - induccion
			Reporte incidentes / AT	Profesional SST				23	1					Papeleria	NA	Si aplica
			Ausentismo laboral	Profesional SST				8	1					Computo	NA	Caracterizacion
			Identificacion actos y condiciones inseguras	Profesional SST				10	1		20	1		Portatil- documento	NA	formato
			Informes de gestion	Profesional SST	30	1	1	30	1		29	1		Portatil/ impresora	NA	Interventoria/ consorcio
A			Seguimiento a todas las actividades	Profesional SST	27	1	1	29	1		28	1		Portatil	NA	Cumpllimiento de ejecucion
	TOTAL PLANEADAS					**11**			**8**			**5**			**24**	
	TOTAL EJECUTAS						**11**			**1**			**0**		**12**	
	% CUMPLIMIENTO MES					**100%**			**13%**			**0%**			**50%**	

P	ACTIVIDADES PLANEADAS	MAURICIO MAFLA	Representante legal
E	ACTIVIDADES EJECUTADAS	LILIANA DIAZ Profesional SST	

PLAN CAPACITACION 2024

CÓDIGO:SGSST-D-003
VERSIÓN: 1
FECHA: 15/09/2024

ACTIVIDAD	RESPONSABLE O LÍDER	Sept	P	E	Oct	P	E	Nov	P	E	INDICADOR DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO	ENTREGABLE / OBSERVACIONES
Induccion en SST(objetivos, roles - responsabilidades, politicas, Riesgos y peligros	Profesional en SST	19	1	1							# Colaboradores convocados # colaboradores que asistieron	Asistencia- evaluaciones, actas de conformacion comites
Eleccion comites(Copasst Cocolab- Brigada de emergencias - que son los comites	Profesional en SST/ colaboradores	23	1	1							NA	Actas de conformacion firmadas - asistencia
Uso EPP (Taller)- socializacion plan de emergencias	Profesional en SST	30	1	1							NA	Asistencia- taller
Manejo y clasificacion de residuos	Ing. Ambiental / Profesional SST				7	1					NA	Asistencia
Control- manejo del fuego primeros auxilios	Profesional en SST/ ARL				15	1					NA	Asistencia- imágenes
Riesgo biologico	Profesional en SST				21	1					NA	Asistencia- taller
Taller PYP	Profesional en SST/ARL				28	1					NA	Asistencia/imágenes
Riesgo biomecanico	Trabajadora social							5	1		NA	Asistencia
Capacitacion en autocuidado	Profesional en SST							12	1		NA	Asistencia
Peligro publico	Profesional en SST							18	1		NA	Asistencia
Salud mental / Compartir vivencias/ familia	Profesional en SST							25	1		NA	Asistencia/colaboradores
PLANEADAS			**3**			**4**			**4**		**11**	
EJECUTADAS				**3**			**0**			**0**	**3**	
CUMPLIMIENTO			**100%**			**0%**			**0%**		**27%**	

Firma representante legal **Profesional SST**

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

75103310

NUMERO



MONTOYA CASTAÑO

APELLIDOS

LEONARDO

NOMBRES

Leonardo Montoya C.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1984

SALAMINA

(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-DIC-2002 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NA

ALMABEATRIZ RENGIFO

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 19 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C75103310	MONTOYA CASTAÑO LEONARDO	17/09/2024		n1396129	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:C100116732426363184

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 19/09/2024 17:33:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.33.19, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LEONARDO MONTOYA CASTAÑO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **75103310**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 75103310
NOMBRES Y APELLIDOS	LEONARDO MONTOYA CASTAÑO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2017
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	268
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	40
EMPLEADOR(ES)	NI 901868818 CONSORCIO LYP MAFLA DESDE 17/09/2024

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **23/09/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MONTOYA CASTAÑO LEONARDO** identificado(a) con **CC** número **75.103.310** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de octubre de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de septiembre 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

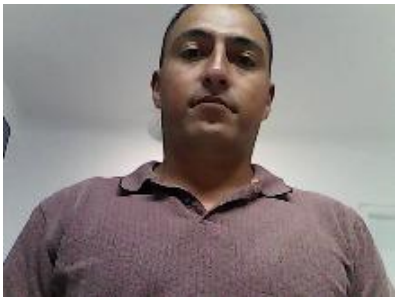
2024091917401

IPS INTEGRAR SALUD
Medicina y Seguridad Laboral

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 18/09/2024

Información paciente



Empresa: CONSORCIO LYP MAFLA
Empresa en misión:
Nombre completo: Leonardo Montoya Castaño
Identificación: CC: 75103310
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: Oficial
Fecha nacimiento: 10/11/1984
Edad: 39
Genero: Masculino
Estado civil: Casado
Escolaridad: Básica secundaria
Teléfono: 3135449230
Dirección: Caldas, Manizales, Cra.1 #48d-54 Apto 1752 - Manzales (caldas)
Nº hijos: 2
ARL: ARL SURA
EPS: EPS Sura
AFP: Protección S.A.

Exámenes analizados

- **Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis osteomuscular.**
- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

Paciente sin hallazgos clínicos que restrinjan su labor
Vacunas COVID: dos dosis

Recomendaciones específicas

-Valorar si requiere o no uso de protección ocular y/o auditiva en el puesto de trabajo
-Realizar pausas activas y recomendaciones del SGSST establecidas por la empresa

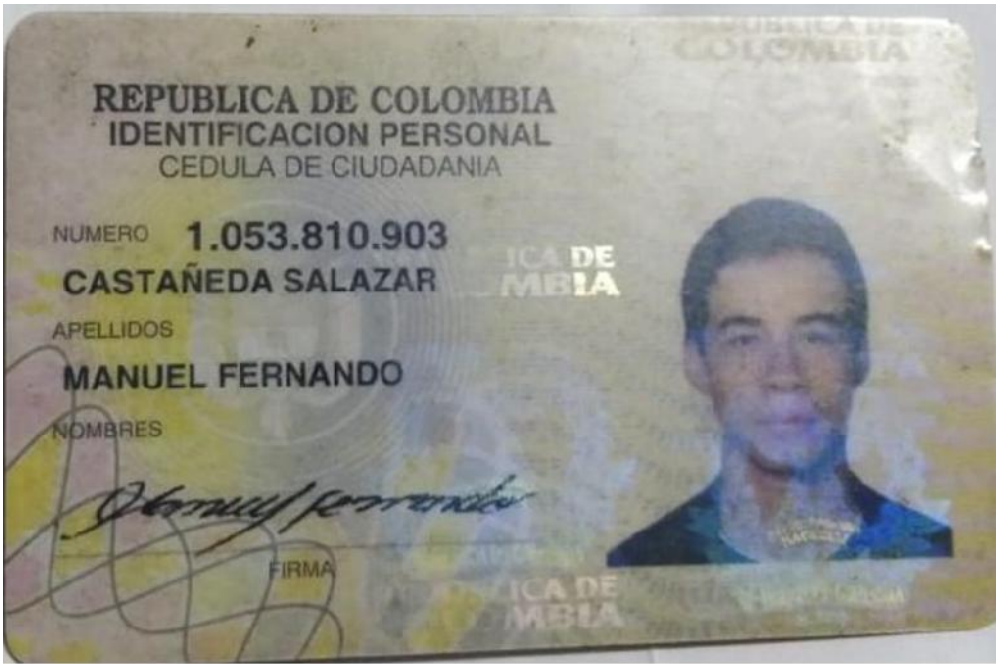
Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos. Bajar de peso
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Dr JUAN CARLOS RIVILLAS HERRERA
Profesión: Medico especialista en sst, medicina laboral
Registro: RM 16626 / LSO DTSC 74757

Aspirante o trabajador
Leonardo Montoya Castaño
Identificación: CC: 75103310

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.810.903

CASTAÑEDA SALAZAR

APELLIDOS

MANUEL FERNANDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-1991

NEIRA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

01-JUN-2009 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0900100-00162934-M-1053810903-20090715 0013494824A 1 29685234

Medellín, 19 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C1053810903	CASTAÑEDA SALAZAR MANUEL FERNANDO	17/09/2024		38150351	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:C100116732426363268

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 19/09/2024 17:34:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.33.19, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013247478	2|5|0|9|2|0|2|4

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (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			
CASTAÑEDA Primer apellido	SALAZAR Segundo apellido	MANUEL Primer nombre	FERNANDO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1053810903	Femenino ☐ Masculino ☒	1|7|0|5|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
	Categoria: Condicion T P		0

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
NINGUNA		1600000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 21 NO 23 09			MANUEL.CASTANEDA@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona		Localidad / comuna	Departamento
MANIZALES	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐		57	CALDAS

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
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición T	Condición P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto 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								

Seleccion de la IPS Primaria

	C	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS PALMAS - VS PALMAS	VSPALMAS - VSPALMAS
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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO LYP MAFLA	NIT	901868818	

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 15 63 B 69	3128431238	MAURICIOMAFLA@GMAIL.COM	MANIZALES	CALDAS

No de Radicacion
4013247478

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|7|0|9|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS



54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario



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

IX.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi 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) **CASTAÑEDA SALAZAR MANUEL FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **1.053.810.903** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de diciembre 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 19 de septiembre 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

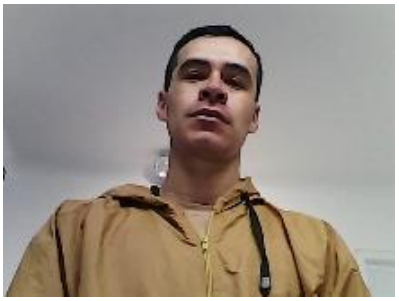
2024091917411

IPS INTEGRAR SALUD
Medicina y Seguridad Laboral

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 18/09/2024

Información paciente



Empresa: CONSORCIO LYP MAFLA
Empresa en misión:
Nombre completo: Manuel Fernando Castañeda Salazar
Identificación: CC: 1053810903
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: Operario
Fecha nacimiento: 17/05/1991
Edad: 33
Genero: Masculino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Básica secundaria
Teléfono:
Dirección: Caldas, Manizales, Barrio Villa Jardin
Nº hijos: 0
ARL:
EPS: Nueva EPS
AFP: Protección S.A.

Exámenes analizados

- **Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis osteomuscular.**
- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

Paciente sin hallazgos clínicos que restrinjan su labor
Vacunas COVID: tres dosis

Recomendaciones específicas

-Valorar si requiere o no uso de protección ocular y/o auditiva en el puesto de trabajo
-Realizar pausas activas y recomendaciones del SGSST establecidas por la empresa

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Dr JUAN CARLOS RIVILLAS HERRERA
Profesión: Medico especialista en sst, medicina laboral
Registro: RM 16626 / LSO DTSC 74757

Aspirante o trabajador
Manuel Fernando Castañeda Salazar
Identificación: CC: 1053810903

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 10.237.265
ARIAS CARDONA
APELLIDOS
FABIO
NOMBRES
FIRMA


ÍNDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1956
PACORA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
04-OCT-1976 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
A-0900100-01160244-M-0010237265-20200916
0071754588A 1
9913070383

Medellín, 20 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C10237265	ARIAS CARDONA FABIO	20/09/2024		13619224	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:C100116732426421701

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 20/09/2024 06:01:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013247523	2|5|0|9|2|0|2|4

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (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			
ARIAS Primer apellido	CARDONA Segundo apellido	FABIO Primer nombre	Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	10237265	Femenino ☐ Masculino ☒	1|8|0|7|1|9|5|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
	Categoria: Condicion T P		0

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
NINGUNA		1800000

18.Residencia			
CR 43 11 A 09 **Dirección**	**Telefono fijo**	3243706492 **Telefono celular**	FABIOARIASC@GMAIL.COM **Correo electronico**

MANIZALES **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐	57 **Localidad / comuna**	CALDAS **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
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición	
			T	P
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito	Zona				Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Seleccion de la IPS Primaria

C	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B	VS CENTRO - VS CENTRO	VSCENTRO - VSCENTRO
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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO LYP MAFLA	NIT	901868818	

39.Ubicación				
CR 15 63 B 69 Dirección	3128431238 Teleéfono	MAURICIOMAFLA@GMAIL.COM Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito	CALDAS Departamento

No de Radicacion
4013247523

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		2|0|0|9|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

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

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi 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) **ARIAS CARDONA FABIO** identificado(a) con **CC** número **10.237.265** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2002 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de septiembre 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

2024091910474

CERTIFICADO MEDICO LABORAL PARA EL CARGO

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

Válido unicamente para ingreso y para el cargo evaluado conforme al profesiograma de la empresa contratante

NOMBRE	ARIAS CARDONA FABIO		
CC	**10.237.265**	68 AÑOS DE EDAD	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	3 HIJO (S)	
TELEFONO	**3243706492**	TELEFONO DEL ACUDIENTE	3213560010
SGSSS	AFP:PROTECCION	ARL:NO SABE	EPS:SALUD TOTAL
CARGO	MAESTRO DE OBRA		
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**		
Fecha	**viernes, 20 de septiembre de 2024**		



RESULTADO DEL EXAMEN DE INGRESO:

A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos a los cuales se verá expuesta esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

RESULTADO DEL EXAMEN FISICO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	CAMBIOS ARTICULARES PROPIOS DE LA EDAD	
NUTRICIONAL (INDICE DE MASA CORPORAL)	26	NORMAL DE 18 A 28
PRUEBA DE VISION DE AMBOS OJOS	VISION MONOCULAR	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	

(ES UNA EVALUACION MEDICA QUE NO REEMPLAZA LA AUDIOMETRIA TAMIZ OCUPACIONAL)

INMUNIZACIONES — REFIERE 3 DOSIS DE VACUNA DEL COVID

RECOMENDACIONES PARA IMPLEMENTAR PROGRAMAS PREVENTIVOS OCUPACIONALES

AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES Y SE CONSIDERA MEDICAMENTE APTO PARA LA REALIZACION DE TAREAS DE ALTURAS. POR POLITICAS DE MEDICINA DEL TRABAJO Y CONFORME A LOS ESTANDARES LEGALES, SE SUGIERE PARA PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS, REVISAR ELECTROCARDIOGRAMA, GLICEMIA , PERFIL LIPIDICO, AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA ANTES DE ASIGNAR TAREAS DE ALTURAS O DE ALTO RIESGO.

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL

RECOMENDACIONES GENERALES
(PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES GENERALES O COMUNES)

VER ANEXO RECOMENDACIONES GENERALES DERIVADAS DE LA VALORACION

RECOMENDACIONES FUNCIONALES

NINGUNA

Elvia Lucy Holguin Arias

Médica especialista en salud ocupacional

Firma

Registro médico Nº 15406

Licencia en SST Nº R 72783 1188

Elvia Lucy Holguin Arias
Médico Especialista
Licencia Salud Ocupacional
R.M: 15406 R.E: 1188
Licencia S.O. 72783

Se hace constar que el concepto sobre la condición osteomuscular, está apoyado en la realización de diferentes pruebas físicas con énfasis en los músculos y tendones, El resultado de algunas de estas pruebas depende del reporte de síntomas que hace la persona evaluada y permite ocultamientos y resistencias voluntarias. Para objetivizar estas pruebas es necesario practicar examenes complementarios (ecografías, electromiografías, etc)

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

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 este examen.

FIRMA

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

ANEXO RECOMENDACIONES GENERALES DERIVADAS DE LA VALORACION

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

CONFORME AL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, Y AL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, EN EL PRESENTE DOCUMENTO LE HACEMOS ENTREGA DE LAS RECOMENDACIONES MEDICAS EMITIDAS POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LAS CUALES AGRADECEMOS ACOGER Y GESTIONAR EN SU ENTIDAD DE SALUD, SEGUN CORRESPONDA

NOMBRE	ARIAS CARDONA FABIO	
CC	**10.237.265**	68 AÑOS DE EDAD
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	3 HIJO (S)
TELEFONO	**3243706492**	TELEFONO DEL ACUDIENTE 3213560010
SGSSS	AFP:PROTECCION ARL:NO SABE	EPS:SALUD TOTAL
CARGO	MAESTRO DE OBRA	
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**	
Fecha	viernes, 20 de septiembre de 2024	



RECUERDE PRESENTAR LA CONSTANCIA DE LOS TRAMITES REALIZADOS EN SU ENTIDAD DE SALUD AL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA, PARA EFECTOS DEL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

RECOMENDACIONES GENERALES (PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES GENERALES O COMUNES)

DEACUERDO A LA DELARACION JURAMENTADA DE SALUD Y AL RECONOCIMENTO FISICO

-SE SUGIERE EL USO ESTRICTO DE GAFAS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN SOLAR EN ÁREAS DE TRABAJO. LA FUNCIONALIDAD DE SU VISIÓN DEPENDE DE UN SOLO OJO. LA VISION DEL OJO IZQUIERDO ES DE ALTO VALOR SOCIAL.
-REFIERE HISTORIA DE CONDICIONES MEDICAS CONTROLADAS Y EN TRATAMIENTO, SE SUGIERE SEGUIMIENTO Y CONTROLES OCASIONALES EN LA EPS. ACATAR TODAS LAS RECOMENDACIONES DE LOS MEDICOS TRATANTES, MANTENER HABITOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA Y MANTENER EL PESO CORPORAL IDEAL.
-ALGUNOS DE LOS TRABAJADORES ADULTOS MAYORES PUEDEN TENER CAMBIOS NO EVIDENTES AL EXAMEN FISICO. SE SUGIERE VERIFICAR LA NORMALIDAD DE LOS EXAMENES PARA LOS QUINQUENIOS (PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA, TAMIZAJE SEGUN GENERO Y DE SALUD MENTAL RESOLUCION 4886 DEL 07 DE NOV DEL 2018)

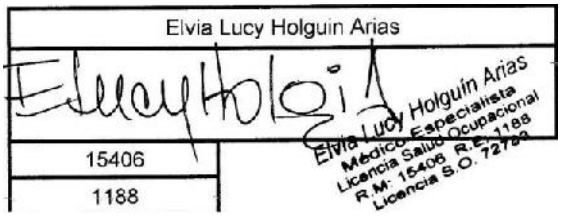
Nombre y cargo del profesional responsable

Médica especialista en salud ocupacional

Firma

Registro médico Nº

Licencia en SST Nº R 72783



Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

La persona evaluada certifica con su firma, que las recomendaciones derivadas del examen médico ocupacional le fueron socializadas.

ESPACIO PARA LAS ANOTACIONES DEL DEPARTAMENTO SST DE LA EMPRESA CONSORCIO LYP MAFLA

……

……

……

……

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

……

……

……

FIRMA DE RECIBIDO POR EL TRABAJADOR

FIRMA DE ANALISTA DE SST

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

CERTIFICADO MEDICO LABORAL PARA EL TRABAJO EN ALTURAS

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

NOMBRE	ARIAS CARDONA FABIO
CC	**10.237.265**
EDAD	**68 AÑOS DE EDAD**
CARGO	MAESTRO DE OBRA
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**
Fecha del examen medico	20/09/2024
PREINGRESO	**X**



RESULTADO DEL EXAMEN :

Conforme a los riesgos a los cuales se verá expuesta en su cargo esta persona es:

SIN RESTRICIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS	X
Certificación valida por 1 año a partir de la fecha	X

El anterior concepto está apoyado en la realizacion de examenes médicos, pruebas clinica y/o psicofisicas para descartar vertigo y evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa los examenes complementarios que considere pertinente, para la presente evaluación se realizan los que estan contemplados en el profesiograma de la empresa. Los datos que el examinado suministra durante esta evaluación influyen en el resultado final del concepto.

RECOMENDACIONES

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL.

Restricciones

NINGUNA

Nombre y cargo del profesional responsable	Elvia Lucy Holguin Arias
Medica especialista en salud ocupacional	
Firma	Elvia Lucy Holguin Arias Médico Especialista Licencia Salud Ocupacional R.M: 15406 R.E: 1188 Licencia S.O. 72732
Registro medico Nº	15406
Licencia de SO Nº	1188

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

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 púedan influir en el diagnostico final de este examen

FIRMA

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

REPUBLICA DE COLOMBIA

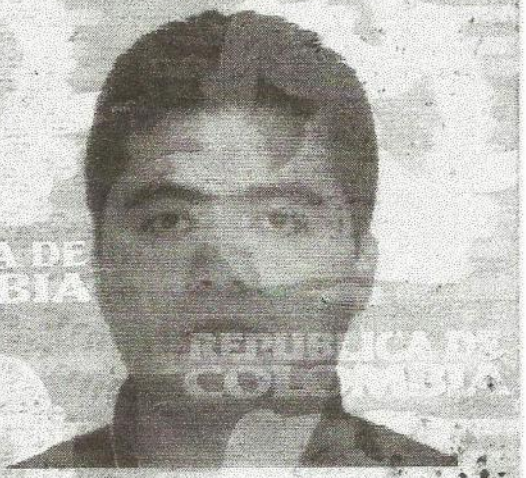
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.011.673**

MAFLA GARCIA
APELLIDOS

MAURICIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-1978**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-JUL-1997 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0900100-35146822-M-0010011673-20060412 **01908** 06101A 02 194775276

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 20 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C10011673	MAFLA GARCIA MAURICIO	20/09/2024		13425316	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:C100116732426421735

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 20/09/2024 06:02:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_4179634

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

Reingreso 1	
Empleador	NI 901868818 CONSORCIO LYP MAFLA
Afiliado	CC 10011673 MAURICIO MAFLA GARCIA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 2,000,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MANIZALES CR 15 # 63B- 69
Fecha de ingreso	20/09/2024
Fecha de radicación	20/09/2024 06:28:21 a.m.
Código de Transacción	185493866
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 10/2024

Fecha de generación 20/09/2024

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MAFLA GARCIA MAURICIO** identificado(a) con **CC** número **10.011.673** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de septiembre 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

2024091911052

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

IPS INTEGRAR SALUD
Medicina y Seguridad Laboral

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 17/09/2024

Información paciente

Empresa: CONSORCIO LYP MAFLA
Nombre completo: Mauricio Mafla Garcia
Responsable: El mismo paciente
Cargo: Ingeniero Residente
Edad: 46
Estado civil: Casado
Teléfono:
Nº hijos: 1
EPS: EPS Sura

Empresa en misión:
Identificación: CC: 10011673
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 01/05/1978
Genero: Masculino
Escolaridad: Posgrado (Especialización)
Dirección: Caldas, Manizales, Conjunto Mocaba
ARL:
AFP: Protección S.A.



Exámenes analizados

- **Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis osteomuscular.**
- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

Paciente sin hallazgos clínicos que restrinjan su labor
Vacunas COVID: dos dosis

Recomendaciones específicas

-Uso de corrección visual permanente durante la jornada laboral. Visiometria y optometría anual
-Valorar si requiere o no uso de protección ocular y/o auditiva en el puesto de trabajo
-Realizar pausas activas y recomendaciones del SGSST establecidas por la empresa

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos. Bajar de peso
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Dr JUAN CARLOS RIVILLAS HERRERA
Profesión: Medico especialista en sst, medicina laboral
Registro: RM 16626 / LSO DTSC 74757

Aspirante o trabajador
Mauricio Mafla Garcia
Identificación: CC: 10011673

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

30405522

NUMERO

GOMEZ SUAZA

APELLIDOS

CATALINA

NOMBRES

Catalina Gomez Suaza

FIRMA



Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-MAY-1980**

MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-JUL-1998 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0900100-35088741-F-0030405522-20010627 **03079** 01177B 01 102072622

Scanned by CamScanner

Medellín, 20 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C30405522	GOMEZ SUAZA CATALINA	20/09/2024		60a14419	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:C100116732426421823

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 20/09/2024 06:03:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: AG87

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Gomez | SEGUNDO APELLIDO: Suaza | PRIMER NOMBRE: Catalina | SEGUNDO NOMBRE:

2. TIPO DOCUMENTO	R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	4. SEXO	F	M	5. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
			X						30405572		X			11	05	1980

II. DATOS COMPLEMENTARIOS Calle 72 A # 20-56 Alta Suiza

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
Manizales	Caldas	8868595

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3122974434	catagosu@gmail.com	8015

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.

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Consorcio LyP Mafla	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. P.E. (N.I. X)	901868818		Dependiente

4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Cr 15 63B 69 Barrio la toscana	Manizales	Caldas

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
no tiene	3128431238	mauriciomafla@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 20 MES 09 AÑO 2024	Trabajadora social	1.300.000

IV. FIRMAS

X Catalina Gómez S.
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

X
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

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. 430 2110

Scanned with CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ SUAZA CATALINA** identificado(a) con **CC** número **30.405.522** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de junio de 2005 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 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de septiembre 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

2024091910471

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

IPS INTEGRAR SALUD
Medicina y Seguridad Laboral

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 17/09/2024

Información paciente

Empresa: CONSORCIO LYP MAFLA
Nombre completo: Catalina Gomez Suaza
Responsable: El mismo paciente
Cargo: Trabajadora Social
Edad: 44
Estado civil: Casado
Teléfono: 3122974434
Nº hijos: 1
EPS: Nueva EPS

Empresa en misión:
Identificación: CC: 30405522
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 11/05/1980
Genero: Femenino
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Dirección: Caldas, Manizales, Barrio Alta Suiza
ARL:
AFP: Protección S.A.



Exámenes analizados

- **Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis osteomuscular.**
- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

Paciente sin hallazgos clínicos que restrinjan su labor
Vacunas COVID: cuatro dosis

Recomendaciones específicas

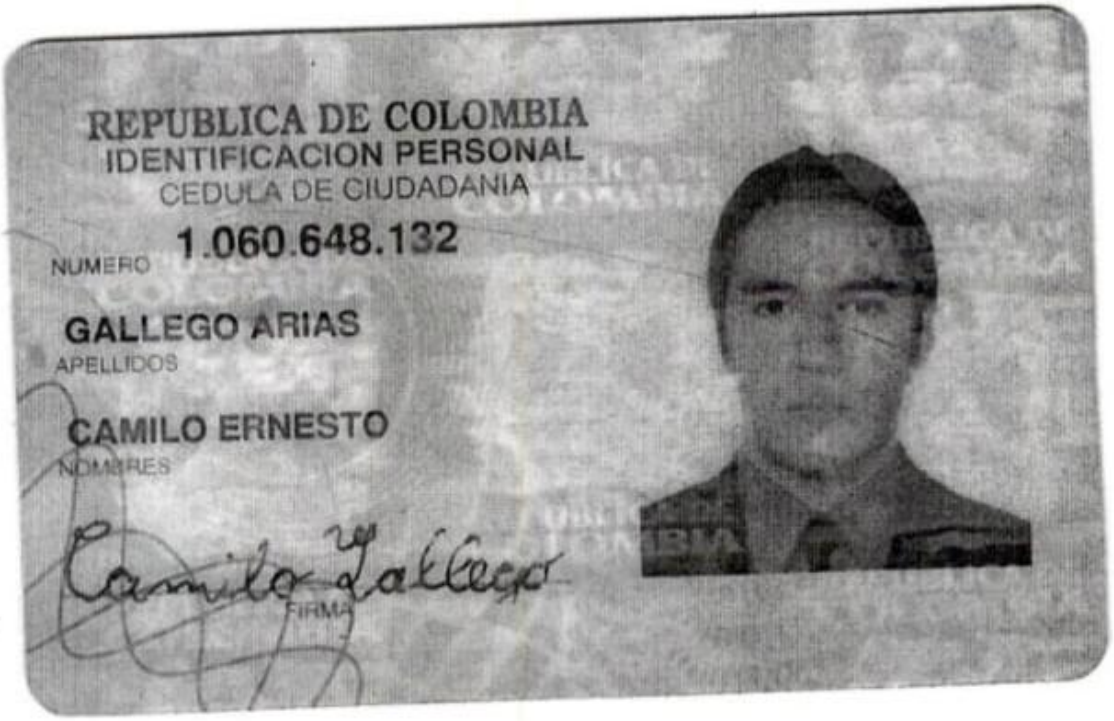
-Uso de corrección visual permanente durante la jornada laboral. Visiometria y optometría anual
-Valorar si requiere o no uso de protección ocular y/o auditiva en el puesto de trabajo
-Realizar pausas activas y recomendaciones del SGSST establecidas por la empresa

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Dr JUAN CARLOS RIVILLAS HERRERA
Profesión: Medico especialista en sst, medicina laboral
Registro: RM 16626 / LSO DTSC 74757

Aspirante o trabajador
Catalina Gomez Suaza
Identificación: CC: 30405522


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.060.648.132
GALLEGO ARIAS
APELLIDOS
CAMILO ERNESTO
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1988
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
27-NOV-2006 VILLAMARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
P-0913000-35156751-M-1060648132-20070219
04085 07050C 02 217525254

Medellín, 20 de septiembre de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que CAMILO ERNESTO GALLEGO ARIAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1060648132 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 20/09/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO LYP MAFLA N901868818

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5421001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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:
C100116732426421975

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: 20/09/2024 6.06 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO

Período Pensión: 2024-08
Período Salud : 2024-08

Se certifica que en la fecha 2024-08-30 la empresa CAMILO ERNESTO GALLEGO ARIAS con documento de identificación CC 1060648132 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante GALLEGO ARIAS CAMILO ERNESTO identificado con CC-1060648132, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-1060648132	CAMILO ERNESTO GALLEGO ARIAS

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
8632011054	I	2024-08-30	0,02436

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	900336004	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	30
EPS	800130907	EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CAMILO ERNESTO GALLEGO ARIAS
IDENTIFICACIÓN:	CC-1060648132
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-08-29
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-09-09
PERÍODO PENSIÓN:	2024-08
PERÍODO SALUD:	2024-08
NÚMERO PLANILLA:	8632011054
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8622196955
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.700	$ 31.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 402.200

SIN PAGAR

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/10/2024

Powered by CamScanner

IPS INTEGRAR SALUD
Medicina y Seguridad Laboral

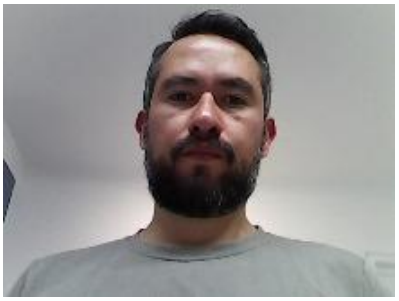
CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 16/09/2024

Información paciente

Empresa: CONSORCIO LYP MAFLA
Nombre completo: Camilo Ernesto Gallego Arias
Responsable: El mismo paciente
Cargo: Ingeniero Ambiental
Edad: 35
Estado civil: Unión Libre
Teléfono: 3113006087
Nº hijos: 2
EPS: Salud Total EPS

Empresa en misión:
Identificación: CC: 1060648132
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 24/11/1988
Genero: Masculino
Escolaridad: Posgrado (Especialización)
Dirección: Caldas, Villamaría, Villa Maria
ARL:
AFP: Colpensiones



Exámenes analizados

- **Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis osteomuscular.**
- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

Paciente sin hallazgos clínicos que restrinjan su labor
Vacunas COVID: tres dosis

Recomendaciones específicas

-Uso de corrección visual permanente durante la jornada laboral. Visiometria y optometría anual
-Valorar si requiere o no uso de protección ocular y/o auditiva en el puesto de trabajo
-Realizar pausas activas y recomendaciones del SGSST establecidas por la empresa

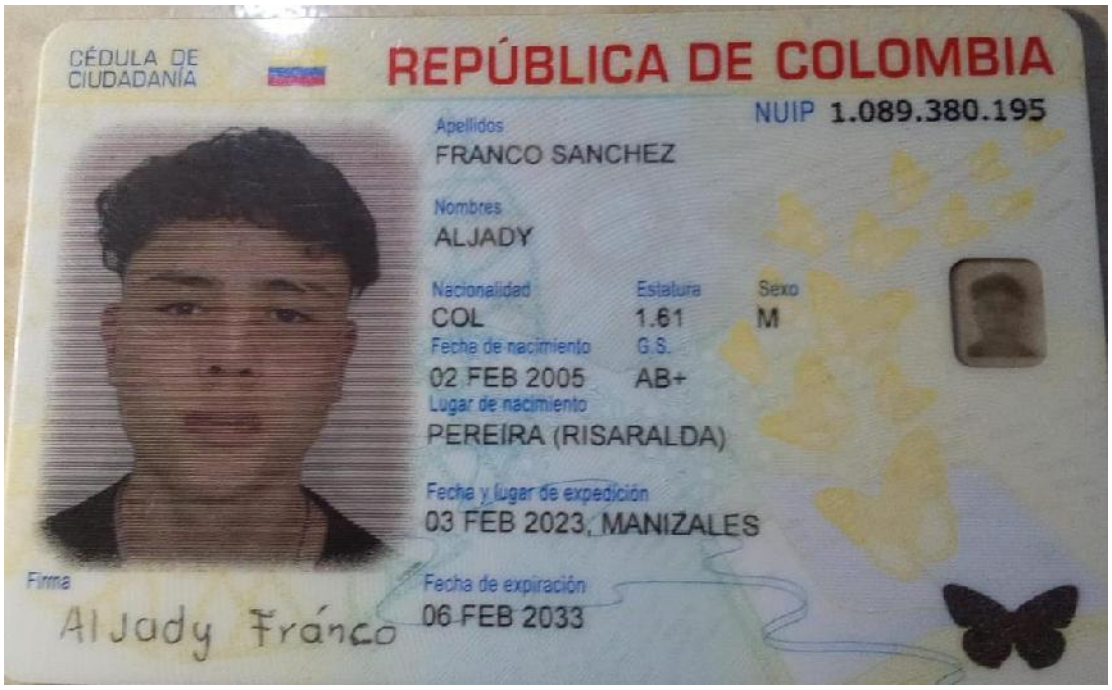
Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Dr JUAN CARLOS RIVILLAS HERRERA
Profesión: Medico especialista en sst, medicina laboral
Registro: RM 16626 / LSO DTSC 74757

Aspirante o trabajador
Camilo Ernesto Gallego Arias
Identificación: CC: 1060648132

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.089.380.195
Apellidos
FRANCO SANCHEZ
Nombres
ALJADY
Nacionalidad
COL
Estatura
1.61
Sexo
M
Fecha de nacimiento
02 FEB 2005
G.S.
AB+
Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)
Fecha y lugar de expedición
03 FEB 2023, MANIZALES
Firma
Aljady Franco
Fecha de expiración
06 FEB 2033


.CO
014157242
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL014157242409001<<<<<<<<<<<
0502021M3302060COL1089380195<6
FRANCO<SANCHEZ<<ALJADY<<<<<<<<

Medellín, 20 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C1089380195	FRANCO SANCHEZ ALJADY	20/09/2024		U1967139	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:C100116732426421867

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 20/09/2024 06:04:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.41.35, 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:

ALJADY FRANCO SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.089.380.195**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Septiembre 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.

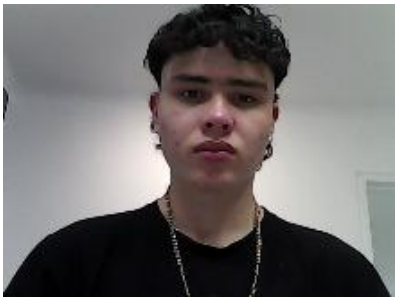
CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 19/09/2024

Información paciente

Empresa: CONSORCIO LYP MAFLA
Nombre completo: Aljady Franco Sanchez
Responsable: El mismo paciente
Cargo: Ayudante De Construccion
Edad: 19
Estado civil: Soltero
Teléfono: 3196348693
Nº hijos: 0
EPS: Asmet Salud

Empresa en misión:
Identificación: CC: 1089380195
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 02/02/2005
Genero: Masculino
Escolaridad: Básica secundaria
Dirección: Caldas, Manizales, Cr 2 G N 48 C 30
ARL:
AFP:



Exámenes analizados

- **Examen de ingreso.**
- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

PACIENTE SIN HALLAZGOS CLÍNICOS QUE RESTRINJAN SU LABOR. APTO PARA LABORAR.
ESQUEMA DE VACUNACIÓN COVID, TIENE 2 DOSIS, ANTITETÁNICA VIGENTE.
RECOMENDACIONES:
CONTINUAR PAUSAS ACTIVAS Y RECOMENDACIONES DEL SGSST ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Dr CARLOS JADER HENAO RESTREPO
Profesión: Medico especialista en sst, medicina laboral
Registro: RM 16967 / LSO DTSC 74725

Aspirante o trabajador
Aljady Franco Sanchez
Identificación: CC: 1089380195

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Apellidos
YAÑEZ GIRALDO
NUIP 1.054.860.155
Nombres
ANDERSON
Nacionalidad
COL
Estatura
1.73
Sexo
M
Fecha de nacimiento
26 OCT 2005
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
MANIZALES (CALDAS)
Fecha y lugar de expedición
27 OCT 2023, MANIZALES
Fecha de expiración
31 OCT 2033
Firma
Anderson yañez G


.CO
034113954
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL034113954809001<<<<<<<<<<<
0510268M3310311COL1054860155<9
YANEZ<GIRALDO<<ANDERSON<<<<<<<

Medellín, 20 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C1054860155	YAÑEZ GIRALDO ANDERSON	20/09/2024		123L2112	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:C100116732426421910

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 20/09/2024 06:05:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.41.35, 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:

ANDERSON YAÑEZ GIRALDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.054.860.155**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Septiembre 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.

IPS INTEGRAR SALUD
Medicina y Seguridad Laboral

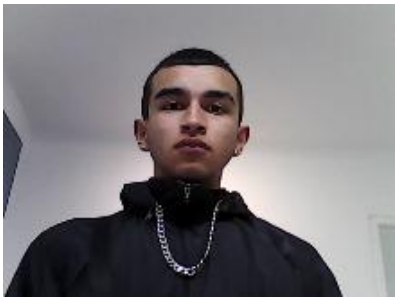
CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 19/09/2024

Información paciente

Empresa: CONSORCIO LYP MAFLA
Nombre completo: Anderson Yañez Giraldo
Responsable: El mismo paciente
Cargo: Ayudante De Construccion
Edad: 18
Estado civil: Soltero
Teléfono: 3002451115
Nº hijos: 0
EPS: Salud Total EPS

Empresa en misión:
Identificación: CC: 1054860155
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 26/10/2005
Genero: Masculino
Escolaridad: Básica secundaria
Dirección: Caldas, Manizales, Cr 11 N 48 C 58
ARL:
AFP:



Exámenes analizados

- **Examen de ingreso.**
- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

PACIENTE SIN HALLAZGOS CLÍNICOS QUE RESTRINJAN SU LABOR. APTO PARA LABORAR.
ESQUEMA DE VACUNACIÓN COVID, TIENE 2 DOSIS, ANTITETÁNICA PENDIENTE.
RECOMENDACIONES:
CONTINUAR PAUSAS ACTIVAS Y RECOMENDACIONES DEL SGSST ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Dr CARLOS JADER HENAO RESTREPO
Profesión: Medico especialista en sst, medicina laboral
Registro: RM 16967 / LSO DTSC 74725

Aspirante o trabajador
Anderson Yañez Giraldo
Identificación: CC: 1054860155

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **16.079.933**

SIERRA TREJOS

APELLIDOS

GUSTAVO DE JESUS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1984**

MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-JUN-2002 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0900100-00922167-M-0016079933-20170718 **00564**14234A 1 4784518603

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 23 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C16079933	SIERRA TREJOS GUSTAVO DE JESUS	23/09/2024		Y2392064	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:C100116732426718880

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 23/09/2024 05:14:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013247552	2|5|0|9|2|0|2|4

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afilliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (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			
SIERRA (Primer apellido)	TREJOS (Segundo apellido)	GUSTAVO (Primer nombre)	DE JESUS (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	16079933	Femenino ☐ Masculino ☒	2|7|0|5|1|9|8|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
	Categoria: Condicion T P		0

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
NINGUNA		1600000

18.Residencia			
CL 30 26A 35 **Dirección**	**Telefono fijo**	3106852762 **Telefono celular**	GUSTAVOSIERRA@GMAIL.COM **Correo electronico**

MANIZALES **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐	57 **Localidad / comuna**	CALDAS **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
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición T	Condición P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto 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								

Seleccion de la IPS Primaria

	C	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS PALMAS - VS PALMAS	VSPALMAS - VSPALMAS
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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO LYP MAFLA	NIT	901868818	

39.Ubicación				
CR 15 63 B 69 Dirección	3128431238 Teleéfono	MAURICIOMAFLA@GMAIL.COM Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito	CALDAS Departamento

No de Radicacion
4013247552

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

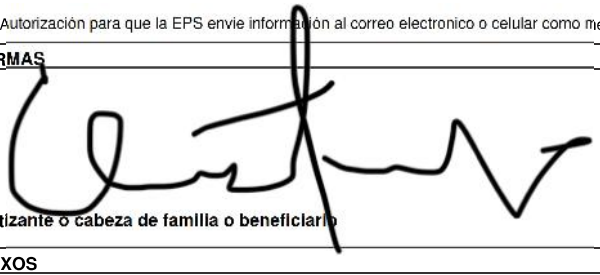
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|3|0|9|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS



54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario



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

IX.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi 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) **SIERRA TREJOS GUSTAVO DE JESUS** identificado(a) con **CC** número **16.079.933** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2005 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de septiembre 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

2024091914292

IPS INTEGRAR SALUD
Medicina y Seguridad Laboral

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 19/09/2024

Información paciente

Empresa: CONSORCIO LYP MAFLA
Nombre completo: Gustavo De Jesus Sierra Trejos
Responsable: El mismo paciente
Cargo: Oficial
Edad: 40
Estado civil: Unión Libre
Teléfono: 3108429225
Nº hijos: 2
EPS: Salud Total EPS
Empresa en misión:
Identificación: CC: 16079933
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 27/05/1984
Genero: Masculino
Escolaridad: Básica secundaria
Dirección: Caldas, Caldas, Barrio Nevado
ARL: ARL SURA
AFP: Protección S.A.



Exámenes analizados

- **Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis osteomuscular.**
- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

Paciente sin hallazgos clínicos que restrinjan su labor
Vacunas COVID: una dosis de Janssen

Recomendaciones específicas

-Valorar si requiere o no uso de protección ocular y/o auditiva en el puesto de trabajo
-Realizar pausas activas y recomendaciones del SGSST establecidas por la empresa

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos. Bajar de peso
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Dr JUAN CARLOS RIVILLAS HERRERA
Profesión: Medico especialista en sst, medicina laboral
Registro: RM 16626 / LSO DTSC 74757

Aspirante o trabajador
Gustavo De Jesus Sierra Trejos
Identificación: CC: 16079933

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 16.070.893

Apellidos
OCAMPO VALENCIA

Nombres
YOVANY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
M

Fecha de nacimiento
06 MAR 1982

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
MANIZALES (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
05 MAYO 2000, MANIZALES

Fecha de expiración
15 DIC 2032

Firma

Powered by CamScanner

.CO

0105357 43



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0105357436090001<<<<<<<<<<<
8203069M3212150COL16070893<<<0
OCAMPO<VALENCIA<<YOVANY<<<<<<<<

Powered by CamScanner

Medellín, 23 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C16070893	OCAMPO VALENCIA YOVANY	23/09/2024		Z43H8232	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:C100116732426718946

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 23/09/2024 05:15:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013247565	2|5|0|9|2|0|2|4

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ / B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (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			
OCAMPO Primer apellido	VALENCIA Segundo apellido	YOVANY Primer nombre	 Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	16070893	Femenino ☐ Masculino ☒	0|6|0|3|1|9|8|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
	Categoria: Condicion T P		0

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
NINGUNA		1600000

18.Residencia

CR 31C 68 36 **Dirección**	3113 **Telefono fijo**	3113975008 **Telefono celular**	CAISMANIZALES@GMAIL.COM **Correo electronico**

MANIZALES **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐	57 **Localidad / comuna**	CALDAS **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 Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición T	Condición P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto 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								

Seleccion de la IPS Primaria

	C	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS CENTRO - VS CENTRO	VSCENTRO - VSCENTRO
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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO LYP MAFLA	NIT	901868818	

39.Ubicación

CR 15 63 B 69 Dirección	3128431238 Teleéfono	MAURICIOMAFLA@GMAIL.COM Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito	CALDAS Departamento

No de Radicacion
4013247565

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		2|3|0|9|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi 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) **OCAMPO VALENCIA YOVANY** identificado(a) con **CC** número **16.070.893** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 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 21 de septiembre 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

20240921111614

CERTIFICADO MEDICO LABORAL PARA EL CARGO

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

Válido unicamente para ingreso y para el cargo evaluado conforme al profesiograma de la empresa contratante

NOMBRE	OCAMPO VALENCIA YOVANY		
CC	**16.070.893**	41 AÑOS DE EDAD	
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	0 HIJO (S)	
TELEFONO	**3113975008**	TELEFONO DEL ACUDIENTE	3116191895
SGSSS	AFP:PROTECCION	ARL:NO SABE	EPS:SALUD TOTAL
CARGO	OFICIAL DE CONSTRUCCION		
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**		
Fecha	**viernes, 20 de septiembre de 2024**		



RESULTADO DEL EXAMEN DE INGRESO:

A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos a los cuales se verá expuesta esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

RESULTADO DEL EXAMEN FISICO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	SATISFACTORIO	
NUTRICIONAL (INDICE DE MASA CORPORAL)	25	NORMAL DE 18 A 28
PRUEBA DE VISION DE AMBOS OJOS	AGUDEZA VISUAL DISMINUIDA	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	

(ES UNA EVALUACION MEDICA QUE NO REEMPLAZA LA AUDIOMETRIA TAMIZ OCUPACIONAL)

INMUNIZACIONES — REFIERE 2 DOSIS DE VACUNA DEL COVID

RECOMENDACIONES PARA IMPLEMENTAR PROGRAMAS PREVENTIVOS OCUPACIONALES

SE CONSIDERA MEDICAMENTE APTO PARA LA REALIZACIÓN DE TAREAS DE ALTURAS

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL

RECOMENDACIONES GENERALES

(PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES GENERALES O COMUNES)

VER ANEXO RECOMENDACIONES GENERALES DERIVADAS DE LA VALORACION

RECOMENDACIONES FUNCIONALES

NINGUNA

Elvia Lucy Holguin Arias

Médica especialista en salud ocupacional

Firma

Registro médico Nº 15406

Licencia en SST Nº R 72783 1188

Elvia Lucy Holguin Arias
Médico Especialista
Licencia Salud Ocupacional
R.M: 15406 R.E. 1188
Licencia S.O. 72783

Se hace constar que el concepto sobre la condición osteomuscular, está apoyado en la realización de diferentes pruebas físicas con énfasis en los músculos y tendones, El resultado de algunas de estas pruebas depende del reporte de síntomas que hace la persona evaluada y permite ocultamientos y resistencias voluntarias. Para objetivizar estas pruebas es necesario practicar examenes complementarios (ecografías, electromiografías, etc)

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

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 este examen.

FIRMA

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

ANEXO RECOMENDACIONES GENERALES DERIVADAS DE LA VALORACION

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

CONFORME AL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, Y AL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, EN EL PRESENTE DOCUMENTO LE HACEMOS ENTREGA DE LAS RECOMENDACIONES MEDICAS EMITIDAS POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LAS CUALES AGRADECEMOS ACOGER Y GESTIONAR EN SU ENTIDAD DE SALUD, SEGUN CORRESPONDA

NOMBRE	OCAMPO VALENCIA YOVANY	
CC	**16.070.893**	41 AÑOS DE EDAD
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	0 HIJO (S)
TELEFONO	**3113975008**	TELEFONO DEL ACUDIENTE 3116191895
SGSSS	AFP:PROTECCION ARL:NO SABE	EPS:SALUD TOTAL
CARGO	OFICIAL DE CONSTRUCCION	
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**	
Fecha	viernes, 20 de septiembre de 2024	



RECUERDE PRESENTAR LA CONSTANCIA DE LOS TRAMITES REALIZADOS EN SU ENTIDAD DE SALUD AL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA, PARA EFECTOS DEL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

RECOMENDACIONES GENERALES (PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES GENERALES O COMUNES)

DEACUERDO A LA DELARACION JURAMENTADA DE SALUD Y AL RECONOCIMENTO FISICO

-SE SUGIERE EXAMEN OPTOMETRICO; PRESENTA ALTERACION DE LA AGUDEZA VISUAL.
-PRESENTA DEFECTO UMBILICAL ,SIN IMPLICACIONES PARA LA LABOR, EL 99% DE LAS PERSONAS CON ESTA CONDICIÓN PERMANECEN SIN NINGUNA MOLESTIA. SE REGISTRA PARA TENER UN PARAMETRO DE COMPARACION

Nombre y cargo del profesional responsable	Elvia Lucy Holguin Arias
Médica especialista en salud ocupacional	
Firma	Elvia Lucy Holguin Arias Médico Especialista Licencia Salud Ocupacional R.M: 15406 R.E. 1188 Licencia S.O. 72783
Registro médico Nº	15406
Licencia en SST Nº R 72783	1188

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

La persona evaluada certifica con su firma, que las recomendaciones derivadas del examen médico ocupacional le fueron socializadas.

ESPACIO PARA LAS ANOTACIONES DEL DEPARTAMENTO SST DE LA EMPRESA CONSORCIO LYP MAFLA

……

……

……

……

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

……

……

……

FIRMA DE RECIBIDO POR EL TRABAJADOR

FIRMA DE ANALISTA DE SST

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

CERTIFICADO MEDICO LABORAL PARA EL TRABAJO EN ALTURAS

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

NOMBRE	OCAMPO VALENCIA YOVANY
CC	**16.070.893**
EDAD	**41 AÑOS DE EDAD**
CARGO	OFICIAL DE CONSTRUCCION
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**
Fecha del examen medico	20/09/2024
PREINGRESO	**X**



RESULTADO DEL EXAMEN :

Conforme a los riesgos a los cuales se verá expuesta en su cargo esta persona es:

SIN RESTRICIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS	X
Certificación valida por 1 año a partir de la fecha	X

El anterior concepto está apoyado en la realizacion de examenes médicos, pruebas clinica y/o psicofisicas para descartar vertigo y evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa los examenes complementarios que considere pertinente, para la presente evaluación se realizan los que estan contemplados en el profesiograma de la empresa. Los datos que el examinado suministra durante esta evaluación influyen en el resultado final del concepto.

RECOMENDACIONES

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL.

Restricciones

NINGUNA

Nombre y cargo del profesional responsable	Elvia Lucy Holguin Arias
Medica especialista en salud ocupacional	
Firma	Elvia Lucy Holguin Arias Médico Especialista Licencia Salud Ocupacional R.M: 15406 R.E: 1188 Licencia S.O. 72732
Registro medico Nº	15406
Licencia de SO Nº	1188

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

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 púedan influir en el diagnostico final de este examen

FIRMA

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **15.904.973**

OROZCO VALENCIA

APELLIDOS

ORLANDO

NOMBRES

Orlando Orozco V.

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-ENE-1964**

PACORA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

02-AGO-1982 CHINCHINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0900100-00943808-M-0015904973-20171005 **00578**57081A 1 4154586992

Powered by CamScanner

Medellín, 23 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C15904973	OROZCO VALENCIA ORLANDO	23/09/2024		243c2493	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:C100116732426718994

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 23/09/2024 05:16:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: AG82

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																		
PRIMER APELLIDO: Orozco	SEGUNDO APELLIDO: Valencia	PRIMER NOMBRE: Orlando	SEGUNDO NOMBRE															
2. TIPO DOCUMENTO	R.C.	T.I.	X C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 15904973	4. SEXO	F	X M	5. FECHA NACIMIENTO	DD: 07	MM: 01	AAAA: 1964		

II. DATOS COMPLEMENTARIOS Carrera 20 # 20-38

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
Manizales	Caldas	No tiene

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3112168778	orozcovalenciaorlando@gmail.com	8015

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.

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Consorcio LyP Mafla.	C.C. C.E. P.A. C.D. X N. P.E.	901868818		Dependiente.

4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Cr 15 63B 69 Barrio la toscana	Manizales	Caldas

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
no tiene	3128431238	mauriciomafla@gmail.com.

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
23/09/2024	Ayudante	1.300.000

IV. FIRMAS

X Orlando Orozco V 54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	X 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

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

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:

ORLANDO OROZCO VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.904.973**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Septiembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

CERTIFICADO MEDICO LABORAL PARA EL CARGO

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

Válido unicamente para ingreso y para el cargo evaluado conforme al profesiograma de la empresa contratante

NOMBRE	OROZCO VALENCIA ORLANDO	
CC	**15.904.973**	60 AÑOS DE EDAD
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	3 HIJO (S)
TELEFONO	**3112168778**	TELEFONO DEL ACUDIENTE 3147278330
SGSSS	AFP:COLPENSIONES ARL:NO SABE	EPS:NUEVA EPS
CARGO	AYUDANTE DE OBRA	
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**	
Fecha	**viernes, 20 de septiembre de 2024**	



RESULTADO DEL EXAMEN DE INGRESO:

A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos a los cuales se verá expuesta esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON RECOMENDACION**

RESULTADO DEL EXAMEN FISICO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	CAMBIOS ARTICULARES PROPIOS DE LA EDAD	
NUTRICIONAL (INDICE DE MASA CORPORAL)	22	NORMAL DE 18 A 28
PRUEBA DE VISION DE AMBOS OJOS	AGUDEZA VISUAL DISMINUIDA	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	

(ES UNA EVALUACION MEDICA QUE NO REEMPLAZA LA AUDIOMETRIA TAMIZ OCUPACIONAL)

INMUNIZACIONES REFIERE 3 DOSIS DE VACUNA DEL COVID

RECOMENDACIONES PARA IMPLEMENTAR PROGRAMAS PREVENTIVOS OCUPACIONALES

-SE SUGIERE TEMPORALMENTE LA MANIPULACIÓN DE CARGA HASTA 25 KG Y HASTA QUE SEA RESUELTA LA CONDICION ACTUAL; SE SUGIERE ECOGRAFIA Y VALORACION POR CIRUGIA, PODRIA EVENTUALMENTE PRESENTAR SINTOMAS Y/O COMPLICACIONES MÁS ADELANTE.
-AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES Y SE CONSIDERA MEDICAMENTE APTO PARA LA REALIZACION DE TAREAS DE ALTURAS. POR POLITICAS DE MEDICINA DEL TRABAJO Y CONFORME A LOS ESTANDARES LEGALES, SE SUGIERE PARA PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS, REVISAR ELECTROCARDIOGRAMA, GLICEMIA , PERFIL LIPIDICO, AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA ANTES DE ASIGNAR TAREAS DE ALTURAS O DE ALTO RIESGO.

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL

RECOMENDACIONES GENERALES
(PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES GENERALES O COMUNES)

VER ANEXO RECOMENDACIONES GENERALES DERIVADAS DE LA VALORACION

RECOMENDACIONES FUNCIONALES

SE SUGIERE TEMPORALMENTE MANIPULAR PESO O CARGA HASTA 25KG Y HASTA QUE SE RESUELVA LA SITUACION

Elvia Lucy Holguin Arias

Médica especialista en salud ocupacional

Firma

Registro médico Nº 15406

Licencia en SST Nº R 72783 1188

Elvia Lucy Holguin Arias
Médico Especialista
Licencia Salud Ocupacional
R.M: 15406 R.E. 1188
Licencia S.O. 72783

Se hace constar que el concepto sobre la condición osteomuscular, está apoyado en la realización de diferentes pruebas físicas con énfasis en los músculos y tendones, El resultado de algunas de estas pruebas depende del reporte de síntomas que hace la persona evaluada y permite ocultamientos y resistencias voluntarias. Para objetivizar estas pruebas es necesario practicar examenes complementarios (ecografías, electromiografías, etc)

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

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 este examen.

FIRMA

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

ANEXO RECOMENDACIONES GENERALES DERIVADAS DE LA VALORACION

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

CONFORME AL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, Y AL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, EN EL PRESENTE DOCUMENTO LE HACEMOS ENTREGA DE LAS RECOMENDACIONES MEDICAS EMITIDAS POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LAS CUALES AGRADECEMOS ACOGER Y GESTIONAR EN SU ENTIDAD DE SALUD, SEGUN CORRESPONDA

NOMBRE	OROZCO VALENCIA ORLANDO	
CC	**15.904.973**	60 AÑOS DE EDAD
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	3 HIJO (S)
TELEFONO	**3112168778**	TELEFONO DEL ACUDIENTE 3147278330
SGSSS	AFP:COLPENSIONES ARL:NO SABE	EPS:NUEVA EPS
CARGO	AYUDANTE DE OBRA	
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**	
Fecha	viernes, 20 de septiembre de 2024	



RECUERDE PRESENTAR LA CONSTANCIA DE LOS TRAMITES REALIZADOS EN SU ENTIDAD DE SALUD AL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA, PARA EFECTOS DEL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

RECOMENDACIONES GENERALES (PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES GENERALES O COMUNES)

DEACUERDO A LA DELARACION JURAMENTADA DE SALUD Y AL RECONOCIMENTO FISICO

-SE SUGIERE EXAMEN OPTOMETRICO; PRESENTA ALTERACION DE LA AGUDEZA VISUAL.
-ALGUNOS DE LOS TRABAJADORES ADULTOS MAYORES PUEDEN TENER CAMBIOS NO EVIDENTES AL EXAMEN FISICO. SE SUGIERE VERIFICAR LA NORMALIDAD DE LOS EXAMENES PARA LOS QUINQUENIOS (PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA, TAMIZAJE SEGUN GENERO Y DE SALUD MENTAL RESOLUCION 4886 DEL 07 DE NOV DEL 2018)

Nombre y cargo del profesional responsable	Elvia Lucy Holguin Arias
Médica especialista en salud ocupacional	
Firma	Elvia Lucy Holguin Arias Médico Especialista Licencia Salud Ocupacional R.M: 15406 R.E: 1188 Licencia S.O. 72783
Registro médico Nº	15406
Licencia en SST Nº R 72783	1188

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

La persona evaluada certifica con su firma, que las recomendaciones derivadas del examen médico ocupacional le fueron socializadas.

ESPACIO PARA LAS ANOTACIONES DEL DEPARTAMENTO SST DE LA EMPRESA CONSORCIO LYP MAFLA

.....

.....

.....

.....

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

.....

.....

.....

FIRMA DE RECIBIDO POR EL TRABAJADOR

FIRMA DE ANALISTA DE SST

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

CERTIFICADO MEDICO LABORAL PARA EL TRABAJO EN ALTURAS

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

NOMBRE	OROZCO VALENCIA ORLANDO
CC	**15.904.973**
EDAD	**60 AÑOS DE EDAD**
CARGO	AYUDANTE DE OBRA
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**
Fecha del examen medico	20/09/2024
PREINGRESO	**X**



RESULTADO DEL EXAMEN :

Conforme a los riesgos a los cuales se verá expuesta en su cargo esta persona es:

SIN RESTRICIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS	X
Certificación valida por 1 año a partir de la fecha	X

El anterior concepto está apoyado en la realizacion de examenes médicos, pruebas clinica y/o psicofisicas para descartar vertigo y evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa los examenes complementarios que considere pertinente, para la presente evaluación se realizan los que estan contemplados en el profesiograma de la empresa. Los datos que el examinado suministra durante esta evaluación influyen en el resultado final del concepto.

RECOMENDACIONES

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL.

Restricciones

NINGUNA

Nombre y cargo del profesional responsable	Elvia Lucy Holguin Arias
Medica especialista en salud ocupacional	
Firma	Elvia Lucy Holguin Arias Médico Especialista Licencia Salud Ocupacional R.M: 15406 R.E: 1188 Licencia S.O. 72732
Registro medico Nº	15406
Licencia de SO Nº	1188

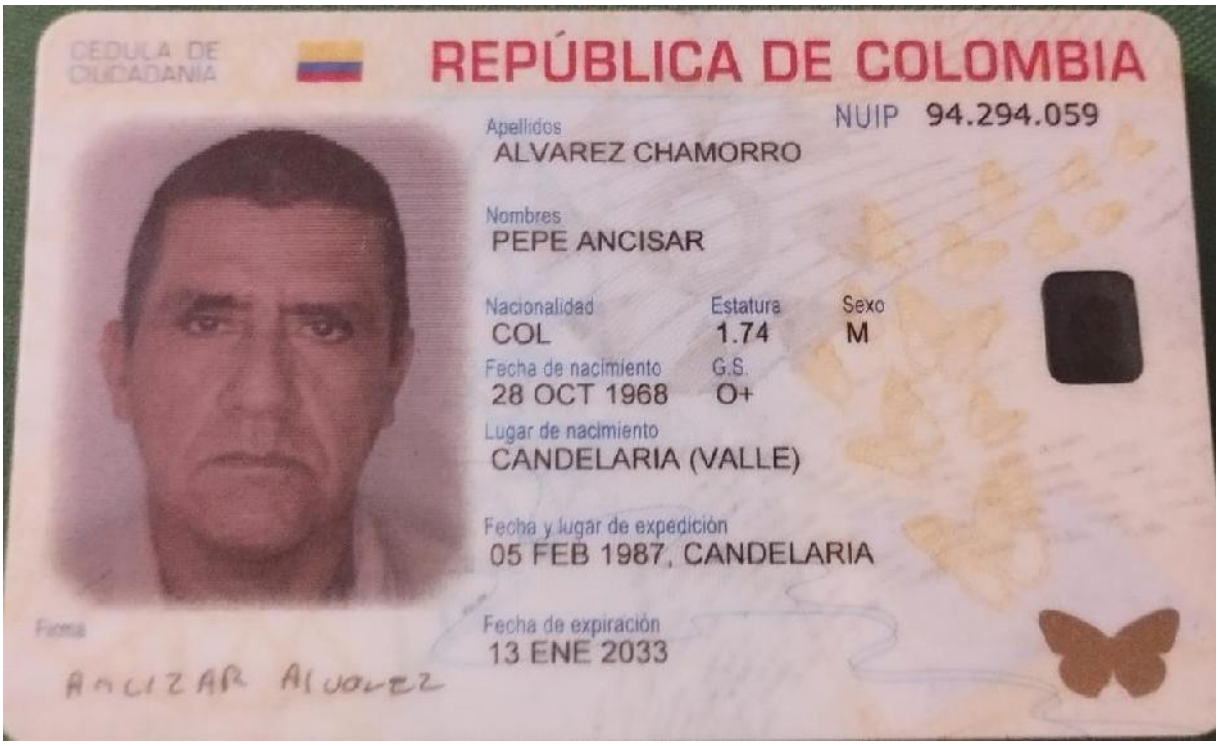
Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

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 púedan influir en el diagnostico final de este examen

FIRMA

Orlando Orozco Valencia

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 94.294.059
Apellidos
ALVAREZ CHAMORRO
Nombres
PEPE ANCISAR
Nacionalidad
COL
Estatura
1.74
Sexo
M
Fecha de nacimiento
28 OCT 1968
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
CANDELARIA (VALLE)
Fecha y lugar de expedición
05 FEB 1987, CANDELARIA
Fecha de expiración
13 ENE 2033
Firma
ANCIZAR ALVAREZ


00
0127889 67
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL0127889674310 31<<<<<<<<<<<
6810281M3301133COL94294059<<<4
ALVAREZ<CHAMORRO<<PEPE<ANCISAR

Medellín, 23 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C94294059	ALVAREZ CHAMORRO PEPE ANCISAR	23/09/2024		15723418	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:C100116732426719038

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 23/09/2024 05:17:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: AG82

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																			
PRIMER APELLIDO: Alvarez	SEGUNDO APELLIDO: Chamorro	PRIMER NOMBRE: Pepe	SEGUNDO NOMBRE: Anciazar																
2. TIPO DOCUMENTO	R.C.	T.I.	C.C. X	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 94294059	4. SEXO	F	M X	5. FECHA NACIMIENTO	28	10	1968			

II. DATOS COMPLEMENTARIOS Cra 9d # 57 f-20 La corola

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
Manizales	Caldas	No Tiene

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3156450195	anciazaralvarez1278@gmail.com	8015

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.

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Consorcio IyP Mafb	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. X P.E.	901868818		Dependiente

4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Cl 15 63B69 Barrio la toscana	Manizales	Caldas

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
no tiene	3128431238	mauriciomafb@gmail.com.

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
23 09 2024	Ayudante	1.300.000

IV. FIRMAS

X Anciazar Alvarez 54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	X 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

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PEPE ANCISAR ALVAREZ CHAMORRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **94294059,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de septiembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO MEDICO LABORAL PARA EL CARGO

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

Válido unicamente para ingreso y para el cargo evaluado conforme al profesiograma de la empresa contratante

NOMBRE	ALVAREZ CHAMORRO PEPE ANCISAR	
CC	**94.294.059**	55 AÑOS DE EDAD
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	4 HIJO (S)
TELEFONO	**3156450195**	TELEFONO DEL ACUDIENTE 3007100851
SGSSS	AFP:COLPENSIONES ARL:NO SABE	EPS:NUEVA EPS
CARGO	AYUDANTE DE OBRA	
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**	
Fecha	**sábado, 21 de septiembre de 2024**	



RESULTADO DEL EXAMEN DE INGRESO:

A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos a los cuales se verá expuesta esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

RESULTADO DEL EXAMEN FISICO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	CAMBIOS ARTICULARES PROPIOS DE LA EDAD	
NUTRICIONAL (INDICE DE MASA CORPORAL)	23	NORMAL DE 18 A 28
PRUEBA DE VISION DE AMBOS OJOS	PRESBICIA	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	

(ES UNA EVALUACION MEDICA QUE NO REMPLAZA LA AUDIOMETRÍA TAMIZ OCUPACIONAL)

REFIERE 2 DOSIS DE VACUNA DEL COVID

RECOMENDACIONES PARA IMPLEMENTAR PROGRAMAS PREVENTIVOS OCUPACIONALES

AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES Y SE CONSIDERA MEDICAMENTE APTO PARA LA REALIZACION DE TAREAS DE ALTURAS. POR POLITICAS DE MEDICINA DEL TRABAJO Y CONFORME A LOS ESTANDARES LEGALES, SE SUGIERE PARA PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS, REVISAR ELECTROCARDIOGRAMA, GLICEMIA , PERFIL LIPIDICO, AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA ANTES DE ASIGNAR TAREAS DE ALTURAS O DE ALTO RIESGO.

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL

RECOMENDACIONES GENERALES
(PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES GENERALES O COMUNES)

VER ANEXO RECOMENDACIONES GENERALES DERIVADAS DE LA VALORACION

RECOMENDACIONES FUNCIONALES

NINGUNA

Médica especialista en salud ocupacional

Elvia Lucy Holguin Arias

Firma

Elvia Lucy Holguin Arias
Médica Especialista
Licencia Salud Ocupacional
R.M: 15406 R.E. 1188
Licencia S.O. 72783

Registro médico Nº 15406

Licencia en SST Nº R 72783 1188

Se hace constar que el concepto sobre la condición osteomuscular, está apoyado en la realización de diferentes pruebas físicas con énfasis en los músculos y tendones, El resultado de algunas de estas pruebas depende del reporte de síntomas que hace la persona evaluada y permite ocultamientos y resistencias voluntarias. Para objetivizar estas pruebas es necesario practicar examenes complementarios (ecografías, electromiografías, etc)

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

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 este examen.

FIRMA

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

ANEXO RECOMENDACIONES GENERALES DERIVADAS DE LA VALORACION

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

CONFORME AL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, Y AL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, EN EL PRESENTE DOCUMENTO LE HACEMOS ENTREGA DE LAS RECOMENDACIONES MEDICAS EMITIDAS POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LAS CUALES AGRADECEMOS ACOGER Y GESTIONAR EN SU ENTIDAD DE SALUD, SEGUN CORRESPONDA

NOMBRE	ALVAREZ CHAMORRO PEPE ANCISAR	
CC	**94.294.059**	55 AÑOS DE EDAD
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	4 HIJO (S)
TELEFONO	**3156450195**	TELEFONO DEL ACUDIENTE 3007100851
SGSSS	AFP:COLPENSIONES ARL:NO SABE	EPS:NUEVA EPS
CARGO	AYUDANTE DE OBRA	
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**	
Fecha	sábado, 21 de septiembre de 2024	



RECUERDE PRESENTAR LA CONSTANCIA DE LOS TRAMITES REALIZADOS EN SU ENTIDAD DE SALUD AL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA, PARA EFECTOS DEL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

RECOMENDACIONES GENERALES (PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES GENERALES O COMUNES)

DEACUERDO A LA DELARACION JURAMENTADA DE SALUD Y AL RECONOCIMENTO FISICO

ALGUNOS DE LOS TRABAJADORES ADULTOS MAYORES PUEDEN TENER CAMBIOS NO EVIDENTES AL EXAMEN FISICO. SE SUGIERE VERIFICAR LA NORMALIDAD DE LOS EXAMENES PARA LOS QUINQUENIOS (PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA, TAMIZAJE SEGUN GENERO Y DE SALUD MENTAL RESOLUCION 4886 DEL 07 DE NOV DEL 2018)

Nombre y cargo del profesional responsable	Elvia Lucy Holguin Arias
Médica especialista en salud ocupacional	
Firma	Elvia Lucy Holguin Arias Médico Especialista Licencia Salud Ocupacional R.M: 15406 R.E. 1188 Licencia S.O. 72783
Registro médico Nº	15406
Licencia en SST Nº R 72783	1188

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

La persona evaluada certifica con su firma, que las recomendaciones derivadas del examen médico ocupacional le fueron socializadas.

ESPACIO PARA LAS ANOTACIONES DEL DEPARTAMENTO SST DE LA EMPRESA CONSORCIO LYP MAFLA

……

……

……

……

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

……

……

……

FIRMA DE RECIBIDO POR EL TRABAJADOR

FIRMA DE ANALISTA DE SST

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

CERTIFICADO MEDICO LABORAL PARA EL TRABAJO EN ALTURAS

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

NOMBRE	ALVAREZ CHAMORRO PEPE ANCISAR
CC	**94.294.059**
EDAD	**55 AÑOS DE EDAD**
CARGO	AYUDANTE DE OBRA
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**
Fecha del examen medico	21/09/2024
PREINGRESO	**X**



RESULTADO DEL EXAMEN :

Conforme a los riesgos a los cuales se verá expuesta en su cargo esta persona es:

SIN RESTRICIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS	X
Certificación valida por 1 año a partir de la fecha	X

El anterior concepto está apoyado en la realizacion de examenes médicos, pruebas clinica y/o psicofisicas para descartar vertigo y evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa los examenes complementarios que considere pertinente, para la presente evaluación se realizan los que estan contemplados en el profesiograma de la empresa. Los datos que el examinado suministra durante esta evaluación influyen en el resultado final del concepto.

RECOMENDACIONES

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL.

Restricciones

NINGUNA

Nombre y cargo del profesional responsable	Elvia Lucy Holguin Arias
Medica especialista en salud ocupacional	
Firma	Elvia Lucy Holguin Arias Médico Especialista Licencia Salud Ocupacional R.M: 15406 R.E: 1188 Licencia S.O. 72732
Registro medico Nº	15406
Licencia de SO Nº	1188

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

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 púedan influir en el diagnostico final de este examen

FIRMA

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 75.103.901
HERNANDEZ GRISALES
APELLIDOS
JOSE DAVID
NOMBRES

José David H.G
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1984
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O- M
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-FEB-2003 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0913000-01268495-M-0075103901-20211125 0076841190A 1 8503001275

Medellín, 23 de Septiembre 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 CONSORCIO LYP MAFLA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CALDAS, 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
C75103901	HERNANDEZ GRISALES JOSE DAVID	23/09/2024		19812921	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:C100116732426719088

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 23/09/2024 05:18:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.25.172, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: AG82

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																			
PRIMER APELLIDO: Hernandez	SEGUNDO APELLIDO: Girsales	PRIMER NOMBRE: Jose	SEGUNDO NOMBRE: David																
2. TIPO DOCUMENTO	R.C.	T.I.	C.C. X	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 75103901	4. SEXO	F	X	5. FECHA NACIMIENTO	DÍA: 30	MES: 11	AÑO: 1984			

II. DATOS COMPLEMENTARIOS Calle 30 # 34 b-47 Cervantes

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
Manizales	Caldas	No tiene

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3146821672	lavautospremium@gmail.com	8015

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.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad						37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	X	P.E.			
Consorcio LyP Mafla							901868818		Dependiente

4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Cr 15 63B 69 Barrio toscana	Manizales	Caldas

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
no tiene	3128431238	mauriciomafla@gmail.com.

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA: 23 MES: 09 AÑO: 2024	Ayudante	1.300.000

IV. FIRMAS

X José David Hernandez	X
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

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ GRISALES JOSE DAVID** identificado(a) con **CC** número **75.103.901** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de septiembre 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

20240921111714

CERTIFICADO MEDICO LABORAL PARA EL CARGO

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

Válido unicamente para ingreso y para el cargo evaluado conforme al profesiograma de la empresa contratante

NOMBRE	HERNANDEZ GRISALES JOSE DAVID	
CC	**75.103.901**	39 AÑOS DE EDAD
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	2 HIJO (S)
TELEFONO	**3146824672**	TELEFONO DEL ACUDIENTE 3136174310
SGSSS	AFP:PROTECCION ARL:NO SABE	EPS:NUEVA EPS
CARGO	AYUDANTE DE OBRA	
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**	
Fecha	**sábado, 21 de septiembre de 2024**	



RESULTADO DEL EXAMEN DE INGRESO:

A la fecha se hace constar que conforme al examen médico laboral y a los riesgos a los cuales se verá expuesta esta persona en su cargo los resultados son los siguientes:

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

RESULTADO DEL EXAMEN FISICO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	SATISFACTORIO	
NUTRICIONAL (INDICE DE MASA CORPORAL)	18	NORMAL DE 18 A 28
PRUEBA DE VISION DE AMBOS OJOS	NORMAL	
PRUEBA DE LA VOZ SUSURRADA	NORMAL	

(ES UNA EVALUACION MEDICA QUE NO REEMPLAZA LA AUDIOMETRIA TAMIZ OCUPACIONAL)

INMUNIZACIONES REFIERE 3 DOSIS DE VACUNA DEL COVID

RECOMENDACIONES PARA IMPLEMENTAR PROGRAMAS PREVENTIVOS OCUPACIONALES

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL

RECOMENDACIONES GENERALES (PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES GENERALES O COMUNES) **VER ANEXO RECOMENDACIONES GENERALES DERIVADAS DE LA VALORACION**

RECOMENDACIONES FUNCIONALES

NINGUNA

Médica especialista en salud ocupacional	Elvia Lucy Holguin Arias
Firma	Elvia Lucy Holguin Arias Médico Especialista Licencia Salud Ocupacional R.M: 15406 R.S. 1188 Licencia S.O. 72783
Registro médico Nº	15406
Licencia en SST Nº R 72783	1188

Se hace constar que el concepto sobre la condición osteomuscular, está apoyado en la realización de diferentes pruebas físicas con énfasis en los músculos y tendones, El resultado de algunas de estas pruebas depende del reporte de síntomas que hace la persona evaluada y permite ocultamientos y resistencias voluntarias. Para objetivizar estas pruebas es necesario practicar examenes complementarios (ecografías, electromiografías, etc)

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

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 este examen.

FIRMA

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

ANEXO RECOMENDACIONES GENERALES DERIVADAS DE LA VALORACION

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

CONFORME AL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, Y AL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, EN EL PRESENTE DOCUMENTO LE HACEMOS ENTREGA DE LAS RECOMENDACIONES MEDICAS EMITIDAS POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LAS CUALES AGRADECEMOS ACOGER Y GESTIONAR EN SU ENTIDAD DE SALUD, SEGUN CORRESPONDA

NOMBRE	HERNANDEZ GRISALES JOSE DAVID	
CC	**75.103.901**	39 AÑOS DE EDAD
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	2 HIJO (S)
TELEFONO	**3146824672**	TELEFONO DEL ACUDIENTE 3136174310
SGSSS	AFP:PROTECCION ARL:NO SABE	EPS:NUEVA EPS
CARGO	AYUDANTE DE OBRA	
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**	
Fecha	sábado, 21 de septiembre de 2024	



RECUERDE PRESENTAR LA CONSTANCIA DE LOS TRAMITES REALIZADOS EN SU ENTIDAD DE SALUD AL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA, PARA EFECTOS DEL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

RECOMENDACIONES GENERALES (PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES GENERALES O COMUNES)

CONFORME A LA DECLARACIÓN DE SALUD Y A LA EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DEL DÍA DE HOY, NO SE REQUIERE TRAMITES DE SALUD DIFERENTES A MANTENER MEDIDAS DE AUTOCUIDADO.

Nombre y cargo del profesional responsable	Elvia Lucy Holguin Arias
Médica especialista en salud ocupacional	
Firma	Elvia Lucy Holguin Arias Médico Especialista Licencia Salud Ocupacional R.M: 15406 R.E: 1188 Licencia S.O. 72783
Registro médico Nº	15406
Licencia en SST Nº R 72783	1188

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

La persona evaluada certifica con su firma, que las recomendaciones derivadas del examen médico ocupacional le fueron socializadas.

ESPACIO PARA LAS ANOTACIONES DEL DEPARTAMENTO SST DE LA EMPRESA CONSORCIO LYP MAFLA

…….

…….

…….

…….

COMPROMISO DEL TRABAJADOR

…….

…….

…….

FIRMA DE RECIBIDO POR EL TRABAJADOR

FIRMA DE ANALISTA DE SST

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

CERTIFICADO MEDICO LABORAL PARA EL TRABAJO EN ALTURAS

Trabajo Seguro
PASSOMET SAS IPS

NOMBRE	HERNANDEZ GRISALES JOSE DAVID
CC	**75.103.901**
EDAD	**39 AÑOS DE EDAD**
CARGO	AYUDANTE DE OBRA
EMPRESA	**CONSORCIO LYP MAFLA**
Fecha del examen medico	21/09/2024
PREINGRESO	**X**



RESULTADO DEL EXAMEN :

Conforme a los riesgos a los cuales se verá expuesta en su cargo esta persona es:

SIN RESTRICIONES PARA EL TRABAJO DE ALTURAS	X
Certificación valida por 1 año a partir de la fecha	X

El anterior concepto está apoyado en la realizacion de examenes médicos, pruebas clinica y/o psicofisicas para descartar vertigo y evaluar equilibrio, el médico sugirirá a la empresa los examenes complementarios que considere pertinente, para la presente evaluación se realizan los que estan contemplados en el profesiograma de la empresa. Los datos que el examinado suministra durante esta evaluación influyen en el resultado final del concepto.

RECOMENDACIONES

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y GIMNASIA LABORAL.

Restricciones

NINGUNA

Nombre y cargo del profesional responsable	Elvia Lucy Holguin Arias
Medica especialista en salud ocupacional	
Firma	Elvia Lucy Holguin Arias Médico Especialista Licencia Salud Ocupacional R.M: 15406 R.E: 1188 Licencia S.O. 72732
Registro medico Nº	15406
Licencia de SO Nº	1188

Carrera 23 N° 25-32 edificio Esponsion. Cel 3006177498 Trabajo Seguro PASSOMET SAS IPS

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 púedan influir en el diagnostico final de este examen

FIRMA

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.264.894
LOAIZA RAMIREZ

APELLIDOS
ALVARO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-ABR-1964
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

09-AGO-1982 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00061302-M-0010264894-20080830 0002753180A 1 4150008235

Medellín, 24 de September 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 CONSORCIO LYP MAFLA.

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:	0000000001 PRINCIPAL CALDAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C10264894	LOAIZA RAMIREZ ALVARO	25/09/2024		42g213c2	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 24/09/2024 15:08:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.48.62.132, 198.143.41.20, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA