AYUDANTE OBRA
VILLAS DE SAN PABLO

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6218308

COL

MARQUEZ MAYO
APELLIDOS

DAIRO JAVIER
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

31643549
DNI Nro.

31-07-2006
FECHA DE NACIMIENTO

09-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

Dairo Javier M. M

FIRMA

E0816625



HUELLA DERECHA

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

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6218308<<0<<<<<<<<<<<<<<<
0607317M3105308VENE0816625<<<8
MARQUEZ<MAYO<<DAIRO<JAVIER<<<<

**RESCATE IPS**
**NIT. 900831584-1**
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.648

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 04 DÍA | 07 MES | 2024 AÑO | SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**LA UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24**

**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| MARQUEZ MAYO DAIRO JAVIER | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 18 AÑOS 11 MESES 3 DÍAS | PE | 6218308 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**AYUDANTE DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA EL CARGO ASIGNADO**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR - MANIPULACION CORRECTA DE CARGAS | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma:

Nombre: AVILA PARRA ASTRID MARGARITA

R. M.: 275292 L.S.O.: 0587/2019

**Código de Seguridad**
**Z639F1L42648**

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MARQUEZ MAYO DAIRO JAVIER

PE: 6218308

ARL | sura

Medellín, 04 de July 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 UNION TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24.

**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: | 0000000002 PARQUE PRODUCTIVO VILLAS DE SAN PABLO | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| X6218308 | MARQUEZ MAYO DAIRO JAVIER | 05/07/2024 | | 16924023 | 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 04/07/2024 17:10:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.157.181.224, 198.143.41.20, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | PT |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 6218308 |
| NOMBRES | DAIRO JAVIER |
| APELLIDOS | MARQUEZ MAYO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | CESAR |
| MUNICIPIO | PELAYA |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 06/04/2022 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 07/04/2024 10:27:55 | **Estación de origen:** | 2801:12:c800:2070::1 |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 04/07/2024, el empleador UNION TEMPORAL PARQUES REDEXCO identificado con NIT número 901819694 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 7356432 | 04/07/2024 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| PERMISO POR PROTECCIÓN | 6218308 | DAIROJAVIER MARQUEZ MAYO | 1300000 | AYUDANTE DE OBRA | 2024-07-05 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Julio del año 2024.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

# FIRMA CLIENTE

**Protección**

Nit. 800.138.188-1

Pensión Obligatoria [X] Pensión Voluntaria [ ] Cesantías [ ]

Fecha de Solicitud

Año Mes Día

Nombre producto voluntario: _____

## DATOS PERSONALES

Tipo de Vinculación: [X] Vinculación inicial; [ ] Traslado de AFP - Pensión Familiar; [ ] Traslado AFP; [ ] Traslado de régimen; [ ] Traslado de Régimen - Pensión Familiar

Código de verificación

[ ] C.C. [ ] C.E. [ ] RCN [ ] T.I. [ ] Pasaporte [ ] Pasaporte Diplomático [ ] PEP [x] PT

Número documento de identidad: 6218308

Nombre completo: DAIRO JAVIER MARQUEZ MAYO

## ACEPTACIÓN SOLICITUD AFILIACIÓN ELECTRÓNICA

Hago constar que la selección del Régimen de ahorro individual con solidaridad lo he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada he elegido a PROTECCIÓN S.A para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica. Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Manifiesto de manera libre y voluntaria que Protección S.A, me ha brindado información relacionada con el producto previo a la afiliación al Fondo de Cesantías. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica. Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Manifiesto de manera libre y voluntaria que Protección S.A, me ha brindado la información de las condiciones del producto, de manera clara y previa a mi afiliación al Fondo de Pensiones Voluntarias. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica.

En tal sentido, y cuando resulte procedente de acuerdo con los términos y condiciones del producto respectivo, Protección elaborará el Perfil de Cliente que le permita realizar el Análisis de Conveniencia y proceder con el suministro de una Recomendación Profesional. Manifiesto igualmente, que en los eventos en que en mi calidad de Afiliado ejecute una decisión de inversión, contraria a la Recomendación Profesional suministrada por Protección, se entenderá que me he apartado de la misma, y tal ejecución servirá de constancia en los términos del artículo artículo 2.40.1.3.2. del Decreto 2555 de 2010.

Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Conozco y acepto las obligaciones que en materia de lavado de activos y financiación del terrorismo quedaron expresas en el formulario de afiliación digital.

El afiliado tiene el derecho a retractarse de su decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en la que se le informe de la validación de la afiliación o del traslado por parte de la administradora seleccionada.

## AFILIADO

Huella

Firma Afiliado / Firma del cliente / Representante del menor

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

Firma y NIT empleador.
(En el caso que sea Obligatoria).

Nombre completo Asesor Comercial

Número documento de Identidad

Firma representante Legal

Nombres y apellidos JUAN PABLO ARANGO BOTERO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## INFORMACIÓN DE DILIGENCIAMIENTO OPCIONAL

| Dirección residencia (Apartamento, barrio, urbanización) | Departamento |
|---|---|
| **Carrera 28 # 143 - 116** | **Atlantico** |

| Ciudad | Teléfono o Celular | Correo electrónico personal o laboral |
|---|---|---|
| **Barranquilla** | **3502619895** | **utparquesredexco24@gmail.com** |

| Dirección de Oficina | Ciudad o Municipio | Departamento | Teléfono Oficina |
|---|---|---|---|
| **Carrera 11 # 11-94** | **Tunja** | **Boyacá** | **7466918** |

| Autorizo el envío de información al celular | Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico | En caso de ser negativo seleccione el lugar para el envio de correspondencia física |
|---|---|---|
| Si [X] No [ ] | Si [X] No [ ] | Residencia [ ] Empresa [ ] |

| Ocupación o cargo actual | Profesión | Integral | Salario mensual | Fecha ingreso empresa |
|---|---|---|---|---|
| **Ayudante de construcción** | **Construcción** | Si [ ] No [x] | **1.300.000** | **2024** Año **07** Mes **05** Día |

| NIT | Razón Social |
|---|---|
| 901819694 | UNIÓN TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24 |

## INFORMACIÓN ADICIONAL PENSIÓN VOLUNTARIA

| Entidad Financiera | Tipo de Cuenta | Número de cuenta Financiera |
|---|---|---|
| | Ahorro [ ] Corriente [ ] | |

Formulario Extranet

# FORMULARIO PARA REPORTES DE NOVEDADES

Fecha expedición: 05/07/2024

## 1. DATOS DE EMPRESA

| Nombre | NIT |
|---|---|
| UNION TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24 | 901819694 |
| **Dirección** | **Correo Empresa** |
| CR 11 # 11-94 | UTPARQUESREDEXCO24@GMAIL.COM |
| **Correo Encargado** | |
| afiliacionesredex@gmail.com | |

## 2. DATOS DEL TRABAJADOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| Documento | 6218308 | Nombre | MARQUEZ MAYO DAIRO JAVIER |
| Dirección | CARRERA 28 # 143- 116 | Fecha Nac. | 2006/07/31 |
| Ciudad | BARRANQUILLA | Fecha Afi. | 2024/07/05 |
| Barrio | ADELITA CHAR | Fecha Ing. | 2024/07/05 |
| Correo | AFILIACIONESREDEX@GMAIL.COM | Teléfono | 7466918 |
| Estado | EN PROCESO | Celular | 3502619895 |

## 3. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Autorizo, permito y acepto que la información que suministro en este formulario o que suministré en documentos anteriores para afiliarme a COMFAMILIAR ATLANTICO sea utilizada por esta entidad para fines administrativos, publicitarios, de mercadeo y de ventas.