REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.087.110.299
VALENTIERRA CASTILLO

APELLIDOS
JHON JANER

NOMBRES
Jhon Janer

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-2002
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

27-OCT-2020 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-3101900-01174861-M-1087110299-20201029 0072255861A 1 6500869057

Medellín, 01 de October 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 SIMPROVA SAS.

**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: | 0005655555 PRINCIPAL TUMACO | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1087110299 | VALENTIERRA CASTILLO JHON JANER | 02/10/2024 | | V241gj20 | 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 01/10/2024 15:57:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.1.219.149, 107.154.67.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/10/2024, el empleador SIMPROVA S.A.S. identificado con NIT número 901786337 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 7729439 | 01/10/2024 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1087110299 | JHONJANER VALENTIERRA CASTILLO | 1300000 | CONSTRUCTOR | 2024-10-01 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Octubre del año 2024.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JHON JANER VALENTIERRA CASTILLO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.087.110.299**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Octubre 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.

# LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 07 DÍA | 10 MES | 2024 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS |

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

| SIMPROVA SAS | SIMPROVA SAS |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

| VALENTIERRA CASTILLO JHON JANER | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | Masculino | 22 Años | CC | 1087110299 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo **OBRERO DE CONSTRUCCION**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION**

Observaciones: No Aplica

**APTO** PARA TRABAJAR EN ALTURAS

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES DE APTITUD |
|---|---|---|
| NINGUNA | PERMANENTE | NINGUNA |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | ✔ | VISIOMETRIA | ✔ |
| PERFIL LIPIDICO | ✔ | GLICEMIA | ✔ |
| OSTEOMUSCULAR | ✔ | | |

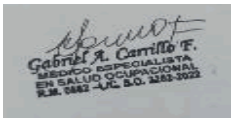
| RECOMENDACIONES MEDÍCAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| NINGUNA | USO DE EPP | EVITAR FUMAR<br>CONTROL DE PESO<br>HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD
" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. PEDIR CITA CON LA EPS PARA CONTROL POR NUTRICI"N
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 37308-08 L.S.O.: 3252 2022

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Jhon Janer
Nombre: VALENTIERRA CASTILLO JHON JANER
CC 1087110299