# REPÚBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACIÓN PERSONAL
### CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.192.908.937**

**ARIAS MOSQUERA**

APELLIDOS

**JOSE ALONSO**

NOMBRES

Jose Alonso Arias

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAR-1991**

**BUENAVENTURA**
**(VALLE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.73** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**18-MAY-2010 BUENAVENTURA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
**ALEXANDER VEGA ROCHA**

A-3101950-01292810-M-1192908937-20220429 **0078**940478A 1 8504436017

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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: | 0000555555 PRINCIPAL BUENAVENTURA | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1192908937 | ARIAS MOSQUERA JOSE ALONSO | 02/10/2024 | | 16420221 | 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 17:00:23 .
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

ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900.935.126

**HACE CONSTAR**

Que el(la) señor(a) JOSE ALONSO ARIAS MOSQUERA identificado(a) con CC 1192908937, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de ASMET SALUD EPS SAS por SIMPROVA SAS NI 901786337 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestrabase de datos.

| Fecha inicio relación laboral | Fecha fin relación laboral |
|---|---|
| 01/oct./2024 | |

| Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura |
|---|---|
| 01/nov./2024 | |

**Informacion beneficiarios:**

**No hay beneficiarios en el grupo familiar.**

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 7 días del mes de oct.de 2024.

**Observaciones**

**Con destino a: Solicitud del Interesado**

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

Cordialmente,

ASMET SALUD EPS S.A.S NIT 900935126

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JOSE ALONSO ARIAS MOSQUERA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.192.908.937**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Octubre del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

# 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)

| ARIAS MOSQUERA JOSE ALONSO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Masculino | 33 Años | Tipo: CC | Número: 1192908937 |

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 | ✔ | | |

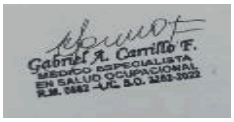
| RECOMENDACIONES MEDÍCAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| NINGUNA | USO DE EPP | EVITAR FUMAR<br>CONTROL DE PESO<br>HACER DEPORTE |

**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: Jose Arias
Nombre: ARIAS MOSQUERA JOSE ALONSO
CC 1192908937