REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.003.408.565

MENDOZA PEREZ

APELLIDOS

LUIS ALFONSO

NOMBRES

Luis Mendoza

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1995

SAHAGUN
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

17-JUN-2013 SAHAGUN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1303700-00453202-M-1003408565-20130729 0034226957A 1 40402691

Medellín, 04 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 OROS ACEVEDO JOSE LUIS.

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 ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1003408565	MENDOZA PEREZ LUIS ALFONSO	05/10/2024		Om261901	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 04/10/2024 11:01:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.89.178, 198.143.41.45, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación X
3. Régimen: C. Contributivo X
4. Tipo de afiliado: COT Cotizante X
5. Tipo de cotizante: 1. Dependiente X

C1621 04 10 2024

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos: Primer apellido: Mendoza | Segundo apellido: Perez | Primer nombre: Luis | Segundo nombre: Alfonso

7. Tipo documento de identidad: Cedula | 8. Número documento de identidad: 1003408565 | 9. Sexo biológico: X

Sexo de identificación: X | 10. Fecha nacimiento: 08 05 1995 | País de nacimiento: Colombia | Nacionalidad: colombia

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Suna | porvenir

Comfacor | X | Calle 34 N. 9-16

Ciudad / Municipio: Sahagun | Departamento: Cordoba | 3115720881

Correo electrónico: luisalfonsomp@gmail.com | 10290

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Jose luis Oros Acevedo | cc | 1026275607 | Dependiente

X | Carrera 9 N. 9-76 | Brr Santander | Tame | arauca

Joseoros 182 hotmail.c | 3124973050 | Fecha inicio de relación laboral: 04102024 | Obrero empleado | 1300.000

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

IX. FIRMAS

Luis Mendoza — 61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

José Luis Oros — 62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
04 OCT 2024

Total Anexos: 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

NOMBRE: LRB AGENTES
CLAVE ASESOR: C1621
REGIONAL: LLANOS

OBSERVACIONES: Solicitud de traslado de mutualser

- ORIGINAL: E.P.S. -

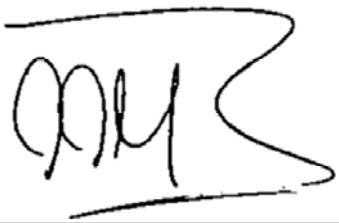
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ALFONSO MENDOZA PEREZ , identificado(a) con Cedula de Ciudadanía **1.003.408.565**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 04 de Septiembre del 2024.

Cordialmente,



Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a **www.porvenir.com.co** y actualice su Historia Laboral.*

Familiarmente nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. ☑ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ — 1003408656
Lugar y fecha de expedición: 17/06/2013 SAHAGUN
Sexo: M ☑ F ☐
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: MENDOZA
Segundo apellido: PEREZ
Nombres: LUIS ALFONSO
Fecha de Nacimiento: AÑO 1995 MM 05 DD 08
Teléfono: 3148547256
Dirección Residencia: CLL 34 N 9 16
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☑ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD: YOPAL
Fecha de Ingreso a la empresa: AÑO 2024 MM 10 DD 04
Horas labor mes:
CARGO: OBRERO
SUELDO BÁSICO: 1.300.000

Tipo de contrato: INDEFINDO
Administrar Recursos Públicos: SI ☐ NO ☐
Servidor Público: SI ☐ NO ☐
Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: SI ☐ NO ☐
Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.
SUELDO BÁSICO:

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ☑ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ☑ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad
☐ Desplazado
☐ Cabeza de familia
☐ Población migrante
☐ Victima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)
☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia
☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado
☐ Desmovilizado o reinsertado
☐ En condición de discapacidad
☐ Ejercicio del trabajo sexual
☐ Damnificado desastre natural
☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☑ No aplica

Pertenencia étnica
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indigena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ☑ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
Teléfono: 3212145252
NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro ☐ Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐
DOCUMENTO PENDIENTE:
EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA:
CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A):
SUELDO BÁSICO:

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo LUIS ALFONSO MENDOZA PEREZ, 1003408565 expedida en SAHAGUN, Identificado con cédula de ciudadanía No. manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequivoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Luis Mendoza
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Luis Mendoza
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare
Comfacasanare
Jefatura de Aportes y Afiliados
04 OCT 2024
RECIBIDO DE AFILIACIONES

Oficina Principal

La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

Centro Médico de Especialistas Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya

CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3155953193 / NIT: 18590065-3.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS



RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 y 3673 del 2008.

PRE-OCUPACIONAL INGRESO	OCUPACIONAL PERIÓDICO	POST OCUPACIONAL O EGRES.
X		

BOGOTÁ DC.5 DE OCTUBRE de 2024. **CONVENIO:** Particular **CARGO:** AYUDANTE
TRABAJADOR: LUIS ALFONSO MENDOZA PEREZ **IDENTIFICACIÓN:**1003408565 **EDAD:** 29 Años **SEXO:**M
FECHA DE NACIMIENTO:08/05/1995 **LUGAR DE NACIMIENTO:** SAHAGUN CORDOBA **ESTADO CIVIL:** SOLTERO
DIRECCION: BARRIO LAS ALPUJARRAS **TELEFONO:**3024431335 **NIVEL ESCOLARIDAD:** BACHILLERAT **EPS:** **MUTUASER**
FONDO DE PENSIONES: PORVENIR **ARL:** SURA **EMPRESA (RUT):**JOSE LUIS OROS ACEVEDO 1026275607.
EXAMEN REALIZADO: *Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.* **SERVICIO:** CONSULTA OCUPACIONAL
SEDE OLAYA 1 /ORDEN:998 005505

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS:

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				**NORMAL**		**HEMOCLASIFICACION**		**A+**
2. ESPIROMETRÍA (KNUDSON)				**NORMAL**		**PSICOTEST DE ALTURA**		**----------**
3. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				**AV DL Y DC OBSERV.**		**PRUEBAS NEUROLOGICAS**		**NORMAL**
4. GLICEMIA				**NORMAL**		**OSTEOMUSCULAR**		**NORMAL**
5. P. LIPIDICO				**NORMAL**		**ELECTROCARDIOGRAMA**		**NORMAL**
6.V/F	**F/C**	**90 L/M**	**PESO**	**72 Kg**	**ESTATURA**	**1.75 CM**	**T/A**	**115/82 mmHg**

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

ALTERACIÓN	USO DE GAFAS	SI	*NO*
1. VISUAL	**NINGUNA**		*X*
2. CARDV	**NINGUNA**		*X*
3. AUDITIVO	**NINGUNA**		X

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

1. APTO SIN RESTRICCIONES	***X***
2. APTO CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO.
SE SUGIERE RALIZAR AUDIOMETRIA Y OPTOMETRIA OCUPACIONAL UNA VEZ AL AÑO.
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SRAS-COV-2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Dr. JOSE E OLIVERA MESA **MEDICO OCUPACIONAL** **RM: 88099** Dr. Jose E. Olivera Mesa Médico Ocupacional RM 88099	**FIRMA:** Luis mendoza **NOMBRE:** LUIS ALFONSO MENDOZA PEREZ **CEDULA:** 1064984884	**HUELLA INDICE DERECHO**

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

EXAMEN FISICO:

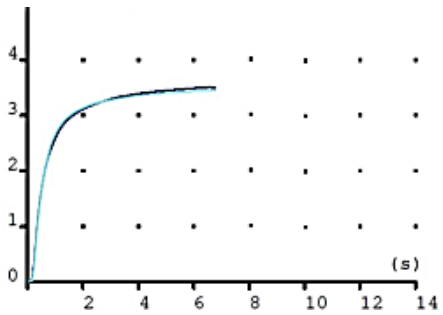
Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, refiere buen estado general, se siente bien y realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.
Vacunación actualizada para Covid -19.

Mucosas: Normo coloreadas y húmedas.
TCS: No infiltrado.
Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores FR: 20 x min.
Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos
***Fc*: 90 x min. *TA:* 115/22 mmHg.**
Abdomen: Plano, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no tumoración no visceromegalia.

(SOMA): **SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normales. Cuello corto sin adenomegalias. Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.**
No atrofias o hipertrofias, fuerza muscular conservada.
Maniobra de tinel y phanel negativa.
Espirometria: Sin alteraciones,en reporte valores dentro de límites Normales.

INFORME DE FVC **Maniobra Nº: 1**

PARÀMETRE		PRE.	REF	(%)	POST	(%)	(%R)
Mejor FVC	(l)	3.50	3.66	96	3.43	-1	94
Mejor FEV1	(l)	2.75	2.90	95	2.83	3	98
FVC	(l)	3.50	3.66	96	3.43	-1	94
FEV1	(l)	2.75	2.90	95	2.82	2	97
FEV1/FVC	(%)	78.62	79.61	99	82.25	5	103
PEF	(l/s)	5.91	6.38	93	6.66	12	104
FEF25%-75%	(l/s)	2.45	3.03	81	2.85	15	94
Edat del Pulmó		38.31			35.52	-7	0



Visiometria: Ambas conjuntivas palpebrales sin alteraciones, conducto naso-lacrimal integro, no opacidades de córnea o cristalino, agudeza visual.
SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

- ✓ Rombert – Simple y Sensibilizado (Negativos)
- ✓ Estrella de Babinsky (Negativo)
- ✓ Porción Vestibular del VIII Par Craneal, sin alteraciones.

***Impresión Diagnostica*: Paciente sano.**
NOTA: Paciente clínicamente sano, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo.

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO	**SI (X)**	**NO ( )**
2. APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	**SI (x)**	**NO ( )**
3. APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS	**SI (x)**	**NO ( )**