REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION O INDUCCION

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE NIT 901,878,498-0

INDUCCION		CAPACITACION		CHARLA DEL DIA	X	FECHA: Día 28	Mes 01	Año 2025
DURACION: HORAS		MINUTOS 15		LUGAR: CUBOJON			
NOMBRE INSTRUCTOR				HSE: Estella Sosa			
OBJETO:	CONSTRUCCION ACUEDUCTO VEREDAL DEL CUBUGON, MUNICIPIO DE CUBARA, BOYACA						
TEMAS	1						
	2	Enfermedades Laborales.					
	3						

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Fabian Francisco Duarte Vega	1.115.723.027	MAESTRO	Fabian Duarte
2	Emerson Arbey Parada Villamizar	1.115.744.319	BODEGUERO	Emerson
3	Crisithian Camilo Anaya Delgado	1.063.718.008	AYUDANTE	
4	Jaime Alberto Reyes Valencia	1.090.252.090	AYUDANTE	
5	Jhon Arvey Mendoza Quiñonez	1.049.396.161	AYUDANTE	Jhon A
6	Ramiro Valencia Urbina	9.466.929	OFICIAL	RETIRO
7	Ligia Amparo Mendoza Valencia	33.516.401	AYUDANTE	Ligia A. Mendoza
8	Emerson Mendoza Valencia	1.002.300.191	AYUDANTE	
9	Yeferson Mendoza Valencia	1.090.252.037	AYUDANTE	Yeferson
10	Adelso Quiñonez Villamizar	1.091.059.636	AYUDANTE	Adelso
11	Rigoberto Jurado Angarita	9.466.558	OFICIAL	Rigoberto
12	Filler Aldair Valencia Moreno	1.193.509.740	AYUDANTE	Filler Valencia
13	Victor Fernando Peña Castellanos	1.049.393.107	OFICIAL	
14	Jose Luis Garcia Valencia	1.094.274.321	OFICIAL	Jose Luis Garcia V.
15	Aurora Quiñonez Villamizar	33.516.019	AYUDANTE	Aurora Quiñonez
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Firma Instructor: Estella Sosa

Observaciones:

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION O INDUCCION

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE NIT 901,878,498-0

INDUCCION		CAPACITACION		CHARLA DEL DIA	X	FECHA	Dia 30 / Mes 01 / Año 2015
DURACION: HORAS		MINUTOS 20		LUGAR: CUBUGON			
NOMBRE INSTRUCTOR				HSE	Estella Soto		
OBJETO:	CONSTRUCCION ACUEDUCTO VEREDAL DEL CUBUGON, MUNICIPIO DE CUBARA, BOYACA						
TEMAS	1	Orden y Aseo en el puesto de trabajo					
	2						
	3						

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Fabian Francisco Duarte Vega	1.115.723.027	MAESTRO	Fabian Duarte
2	Emerson Arbey Parada Villamizar	1.115.744.319	BODEGUERO	Emerson
3	Crisithian Camilo Anaya Delgado	1.063.718.008	AYUDANTE	
4	Jaime Alberto Reyes Valencia	1.090.252.090	AYUDANTE	
5	Jhon Arvey Mendoza Quiñonez	1.049.396.161	AYUDANTE	Jhon A
6	Ramiro Valencia Urbina	9.466.929	OFICIAL	RETIRO
7	Ligia Amparo Mendoza Valencia	33.516.401	AYUDANTE	Ligia A Mendoza
8	Emerson Mendoza Valencia	1.002.300.191	AYUDANTE	
9	Yeferson Mendoza Valencia	1.090.252.037	AYUDANTE	YeFerson
10	Adelso Quiñonez Villamizar	1.091.059.636	AYUDANTE	Adelso
11	Rigoberto Jurado Angarita	9.466.558	OFICIAL	Rigoberto
12	Filler Aldair Valencia Moreno	1.193.509.740	AYUDANTE	
13	Victor Fernando Peña Castellanos	1.049.393.107	OFICIAL	
14	Jose Luis Garcia Valencia	1.094.274.321	OFICIAL	Jose Luis Garcia V.
15	Aurora Quiñonez Villamizar	33.516.019	AYUDANTE	Aurora Quiñonez
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Firma Instructor: Estella Soto.

Observaciones:

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION O INDUCCION

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE NIT 901,078,488-6

INDUCCION		CAPACITACION		CHARLA DEL DIA	X	FECHA	Día 2 / Mes 05 / Año 2015
DURACION:	HORAS	MINUTOS	20	LUGAR: CUBUGON			
NOMBRE INSTRUCTOR				HSE	Diana C. Fuentes.		
OBJETO:	CONSTRUCCION ACUEDUCTO VEREDAL DEL CUBUGON, MUNICIPIO DE CUBARA, BOYACA						
TEMAS	1	Prevencion de Lesiones Osteomusculares.					
	2						
	3						

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Fabian Francisco Duarte Vega	1.115.723.027	MAESTRO	Fabian Duarte
2	Emerson Arbey Parada Villamizar	1.115.744.319	BODEGUERO	RETIRO
3	Crisithian Camilo Anaya Delgado	1.063.718.008	AYUDANTE	RETIRO
4	Jaime Alberto Reyes Valencia	1.090.252.090	AYUDANTE	RETIRO
5	Jhon Arvey Mendoza Quiñonez	1.049.396.161	AYUDANTE	RETIRO
6	Ramiro Valencia Urbina	9.466.929	OFICIAL	RETIRO
7	Ligia Amparo Mendoza Valencia	33.516.401	AYUDANTE	RETIRO
8	Emerson Mendoza Valencia	1.002.300.191	AYUDANTE	
9	Yeferson Mendoza Valencia	1.090.252.037	AYUDANTE	Yeferson
10	Adelso Quiñonez Villamizar	1.091.059.636	AYUDANTE	Adelso
11	Rigoberto Jurado Angarita	9.466.558	OFICIAL	Rigoberto
12	Filler Aldair Valencia Moreno	1.193.509.740	AYUDANTE	
13	Victor Fernando Peña Castellanos	1.049.393.107	OFICIAL	
14	Jose Luis Garcia Valencia	1.094.274.321	OFICIAL	RETIRO
15	Aurora Quiñonez Villamizar	33.516.019	AYUDANTE	Aurora Quiñonez
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Firma Instructor: Diana Fuentes

Observaciones:

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION O INDUCCION

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE NIT 901,878,495-0

INDUCCION		CAPACITACION		CHARLA DEL DIA	FECHA	Día 05 / Mes 05 / Año 2025
DURACION:	HORAS	MINUTOS 15		LUGAR: CUBUGON		
NOMBRE INSTRUCTOR			HSE Diana C Fuentes			
OBJETO:	CONSTRUCCION ACUEDUCTO VEREDAL DEL CUBUGON, MUNICIPIO DE CUBARA BOYACA					
TEMAS	1	Manejo de Estres Laboral				
	2					
	3					

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Fabian Francisco Duarte Vega	1.115.723.027	MAESTRO	Fabian Duarte
2	Emerson Arbey Parada Villamizar	1.115.744.319	BODEGUERO	RETIRO
3	Cristhian Camilo Anaya Delgado	1.063.718.008	AYUDANTE	RETIRO
4	Jaime Alberto Reyes Valencia	1.090.252.090	AYUDANTE	RETIRO
5	Jhon Arvey Mendoza Quiñonez	1.049.396.161	AYUDANTE	RETIRO
6	Ramiro Valencia Urbina	9.466.929	OFICIAL	RETIRO
7	Ligia Amparo Mendoza Valencia	33.516.401	AYUDANTE	RETIRO
8	Emerson Mendoza Valencia	1.002.300.191	AYUDANTE	
9	Yeferson Mendoza Valencia	1.090.252.037	AYUDANTE	Yeferson
10	Adelso Quiñonez Villamizar	1.091.059.636	AYUDANTE	Adelso
11	Rigoberto Jurado Angarita	9.466.558	OFICIAL	Rigoberto
12	Filler Aldair Valencia Moreno	1.193.509.740	AYUDANTE	
13	Victor Fernando Peña Castellanos	1.049.393.107	OFICIAL	
14	Jose Luis Garcia Valencia	1.094.274.321	OFICIAL	RETIRO
15	Aurora Quiñonez Villamizar	33.516.019	AYUDANTE	Aurora Quiñonez
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Firma instructor: Diana C Fuentes

Observaciones:

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION O INDUCCION

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE NIT 901,878,490-8

INDUCCION ☐	CAPACITACION ☐	CHARLA DEL DIA ☐	FECHA	Dia 05	Mes 05	Año 2015
DURACION: HORAS	MINUTOS 15	LUGAR: CUBUGON				
NOMBRE INSTRUCTOR		HSE Diana C Fuentes				

OBJETO	CONSTRUCCION ACUEDUCTO VEREDAL DEL CUBUGON, MUNICIPIO DE CUBARA, BOYACA	
TEMAS	1	Manejo de Estres Laboral
	2	
	3	

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Fabian Francisco Duarte Vega	1.115.723.027	MAESTRO	Fabian Duarte
2	Emerson Arbey Parada Villamizar	1.115.744.319	BODEGUERO	RETIRO
3	Crisithian Camilo Anaya Delgado	1.063.718.008	AYUDANTE	RETIRO
4	Jaime Alberto Reyes Valencia	1.090.252.090	AYUDANTE	RETIRO
5	Jhon Arvey Mendoza Quiñonez	1.049.396.161	AYUDANTE	RETIRO
6	Ramiro Valencia Urbina	9.466.929	OFICIAL	RETIRO
7	Ligia Amparo Mendoza Valencia	33.516.401	AYUDANTE	RETIRO
8	Emerson Mendoza Valencia	1.002.300.191	AYUDANTE	
9	Yeferson Mendoza Valencia	1.090.252.037	AYUDANTE	Yeferson
10	Adelso Quiñonez Villamizar	1.091.059.636	AYUDANTE	Adelso
11	Rigoberto Jurado Angarita	9.466.558	OFICIAL	Rigoberto
12	Filler Aldair Valencia Moreno	1.193.509.740	AYUDANTE	Filler Valencia
13	Victor Fernando Peña Castellanos	1.049.393.107	OFICIAL	
14	Jose Luis Garcia Valencia	1.094.274.321	OFICIAL	RETIRO
15	Aurora Quiñonez Villamizar	33.516.019	AYUDANTE	Aurora quiñonez
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Firma Instructor: Diana C Fuentes | Observaciones:

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION O INDUCCION

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE NIT 901,878,498-6

INDUCCION		CAPACITACION		CHARLA DEL DIA	X	FECHA	Día 8 / Mes 05 / Año 2025
DURACION: HORAS		MINUTOS 15		LUGAR: CUBUGON			
NOMBRE INSTRUCTOR				HSE	Diana Cfuentes		
OBJETO:	CONSTRUCCION ACUEDUCTO VEREDAL DEL CUBUGON, MUNICIPIO DE CUBARA, BOYACA						
TEMAS	1	Pausas activas.					
	2						
	3						

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Fabian Francisco Duarte Vega	1.115.723.027	MAESTRO	Fabian Duarte
2	Emerson Arbey Parada Villamizar	1.115.744.319	BODEGUERO	RETIRO
3	Crisithian Camilo Anaya Delgado	1.063.718.008	AYUDANTE	RETIRO
4	Jaime Alberto Reyes Valencia	1.090.252.090	AYUDANTE	RETIRO
5	Jhon Arvey Mendoza Quiñonez	1.049.396.161	AYUDANTE	RETIRO
6	Ramiro Valencia Urbina	9.466.929	OFICIAL	RETIRO
7	Ligia Amparo Mendoza Valencia	33.516.401	AYUDANTE	RETIRO
8	Emerson Mendoza Valencia	1.002.300.191	AYUDANTE	
9	Yeferson Mendoza Valencia	1.090.252.037	AYUDANTE	YEFERSON
10	Adelso Quiñonez Villamizar	1.091.059.636	AYUDANTE	Adelso
11	Rigoberto Jurado Angarita	9.466.558	OFICIAL	Rigoberto
12	Filler Aldair Valencia Moreno	1.193.509.740	AYUDANTE	Filler Valencia
13	Victor Fernando Peña Castellanos	1.049.393.107	OFICIAL	
14	Jose Luis Garcia Valencia	1.094.274.321	OFICIAL	RETIRO
15	Aurora Quiñonez Villamizar	33.516.019	AYUDANTE	Aurora Quiñonez
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Firma Instructor: Diana Cfuentes

Observaciones:

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION O INDUCCION

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE NIT 901.878.658-6

INDUCCION		CAPACITACION		CHARLA DEL DIA	X	FECHA	Día 13 / Mes 05 / Año 2017
DURACION: HORAS		MINUTOS 20		LUGAR: CUBUGON			
NOMBRE INSTRUCTOR				HSE	Diana C Fuentes		
OBJETO	CONSTRUCCION ACUEDUCTO VEREDAL DEL CUBUGON. MUNICIPIO DE CUBARA, BOYACA						
TEMAS	1						
	2	Higiene Postural					
	3						

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Fabian Francisco Duarte Vega	1.115.723.027	MAESTRO	Fabian Duarte
2	Emerson Arbey Parada Villamizar	1.115.744.319	BODEGUERO	RETIRO
3	Crisithian Camilo Anaya Delgado	1.063.718.008	AYUDANTE	RETIRO
4	Jaime Alberto Reyes Valencia	1.090.252.090	AYUDANTE	RETIRO
5	Jhon Arvey Mendoza Quiñonez	1.049.396.161	AYUDANTE	RETIRO
6	Ramiro Valencia Urbina	9.466.929	OFICIAL	RETIRO
7	Ligia Amparo Mendoza Valencia	33.516.401	AYUDANTE	RETIRO
8	Emerson Mendoza Valencia	1.002.300.191	AYUDANTE	
9	Yeferson Mendoza Valencia	1.090.252.037	AYUDANTE	Yeferson
10	Adelso Quiñonez Villamizar	1.091.059.636	AYUDANTE	Adelso
11	Rigoberto Jurado Anganita	9.466.558	OFICIAL	Rigoberto
12	Filler Aldair Valencia Moreno	1.193.509.740	AYUDANTE	Filler Valencia
13	Victor Fernando Peña Castellanos	1.049.393.107	OFICIAL	
14	Jose Luis Garcia Valencia	1.094.274.321	OFICIAL	RETIRO
15	Aurora Quiñonez Villamizar	33.516.019	AYUDANTE	Aurora Quiñonez
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Firma Instructor: Diana C Fuentes M | Observaciones:

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION O INDUCCION

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE NIT 901.875.498-0

INDUCCION		CAPACITACION		CHARLA DEL DIA	X	FECHA	Día 16	Mes 05	Año 2025
DURACION:	HORAS	MINUTOS 15		LUGAR: CUBUJON					
NOMBRE INSTRUCTOR				HSE	Diana Fuentes				
OBJETO:	CONSTRUCCION ACUEDUCTO VEREDAL DEL CUBUGON, MUNICIPIO DE CUBARA, BOYACA								
TEMAS	1	Uso correcto de tapabocas y protección respiratoria							
	2								
	3								

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Fabian Francisco Duarte Vega	1.115.723.027	MAESTRO	Fabian Duarte
2	Emerson Arbey Parada Villamizar	1.115.744.319	BODEGUERO	RETIRO
3	Crisithian Camilo Anaya Delgado	1.063.718.008	AYUDANTE	RETIRO
4	Jaime Alberto Reyes Valencia	1.090.252.090	AYUDANTE	RETIRO
5	Jhon Arvey Mendoza Quiñonez	1.049.396.161	AYUDANTE	RETIRO
6	Ramiro Valencia Urbina	9.466.929	OFICIAL	RETIRO
7	Ligia Amparo Mendoza Valencia	33.516.401	AYUDANTE	RETIRO
8	Emerson Mendoza Valencia	1.002.300.191	AYUDANTE	
9	Yeferson Mendoza Valencia	1.090.252.037	AYUDANTE	YEFERSON
10	Adelso Quiñonez Villamizar	1.091.059.636	AYUDANTE	Adelso
11	Rigoberto Jurado Angarita	9.466.558	OFICIAL	Rigoberto
12	Filler Aldair Valencia Moreno	1.193.509.740	AYUDANTE	Filler Valencia
13	Victor Fernando Peña Castellanos	1.049.393.107	OFICIAL	
14	Jose Luis Garcia Valencia	1.094.274.321	OFICIAL	RETIRO
15	Aurora Quiñonez Villamizar	33.516.019	AYUDANTE	Aurora Quiñonez
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Firma Instructor: Diana Fuentes

Observaciones:

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION O INDUCCION

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE NIT 901,578,498-0

INDUCCION		CAPACITACION		CHARLA DEL DIA	X	FECHA	Dia 19 / Mes 05 / Año 2023
DURACION:	HORAS	MINUTOS 45		LUGAR: CUBUJON			
NOMBRE INSTRUCTOR				HSE	Diana Cfuentes		
OBJETO:	CONSTRUCCION ACUEDUCTO VEREDAL DEL CUBUGON, MUNICIPIO DE CUBARA, BOYACA						
TEMAS	1						
	2	Hidratación adecuada durante la jornada laboral.					
	3						

Nº	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Fabian Francisco Duarte Vega	1.115.723.027	MAESTRO	Fabian Duarte
2	Emerson Arbey Parada Villamizar	1.115.744.319	BODEGUERO	RETIRO
3	Crisithian Camilo Anaya Delgado	1.063.718.008	AYUDANTE	RETIRO
4	Jaime Alberto Reyes Valencia	1.090.252.090	AYUDANTE	RETIRO
5	Jhon Arvey Mendoza Quiñonez	1.049.396.161	AYUDANTE	RETIRO
6	Ramiro Valencia Urbina	9.466.929	OFICIAL	RETIRO
7	Ligia Amparo Mendoza Valencia	33.516.401	AYUDANTE	RETIRO
8	Emerson Mendoza Valencia	1.002.300.191	AYUDANTE	
9	Yeferson Mendoza Valencia	1.090.252.037	AYUDANTE	Yeferson
10	Adelso Quiñonez Villamizar	1.091.059.636	AYUDANTE	Adelso
11	Rigoberto Jurado Angarita	9.466.558	OFICIAL	Rigoberto
12	Filler Aldair Valencia Moreno	1.193.509.740	AYUDANTE	Filler Valencia
13	Victor Fernando Peña Castellanos	1.049.393.107	OFICIAL	
14	Jose Luis Garcia Valencia	1.094.274.321	OFICIAL	RETIRO
15	Aurora Quiñonez Villamizar	33.516.019	AYUDANTE	Aurora Quiñonez
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Firma Instructor: Diana Cfuentes M | Observaciones:

- TEMAS CHARLAS DE SEGURIDAD

ABRIL

CONTRATISTA	NUMERO DE CAPACITACION/CHARLAS	TEMAS
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS ALDANA MOJICA	4	Identificación y control de riesgos laborales / Uso correcto de los elementos de protección personal / Enfermedades laborales / Orden y aseo en el puesto de Trabajo

MAYO

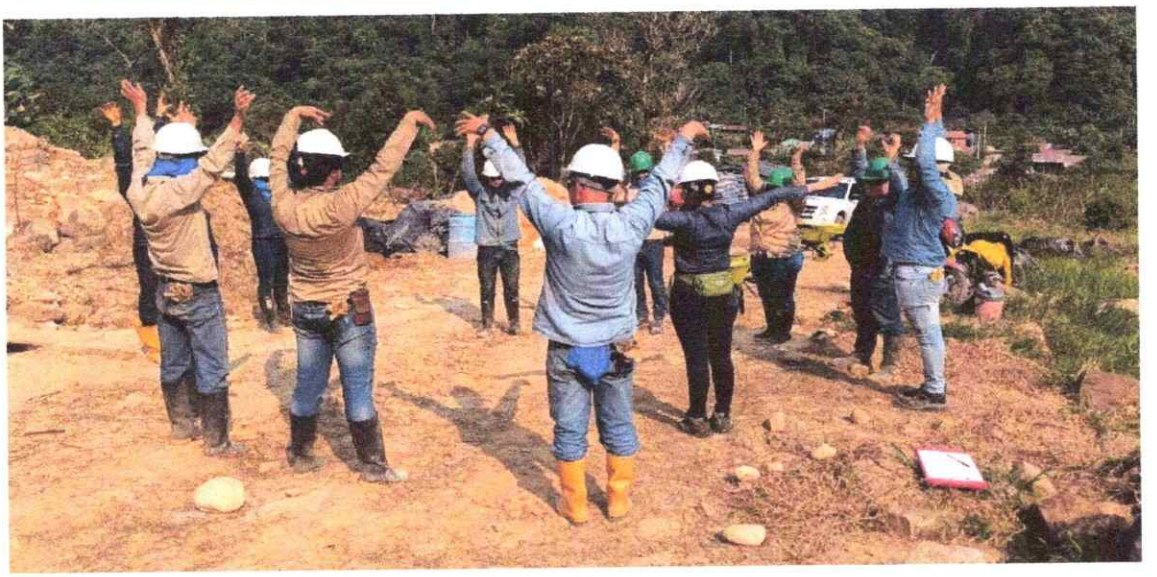
CONTRATISTA	NUMERO DE CAPACITACION/CHARLAS	TEMAS
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS ALDANA MOJICA	6	Prevención de lesiones Osteomusculares / Manejo de estrés laboral / pausas activas / Higiene Postural / Uso correcto de tapa bocas o protección respiratoria / Hidratación adecuada durante la jornada laboral

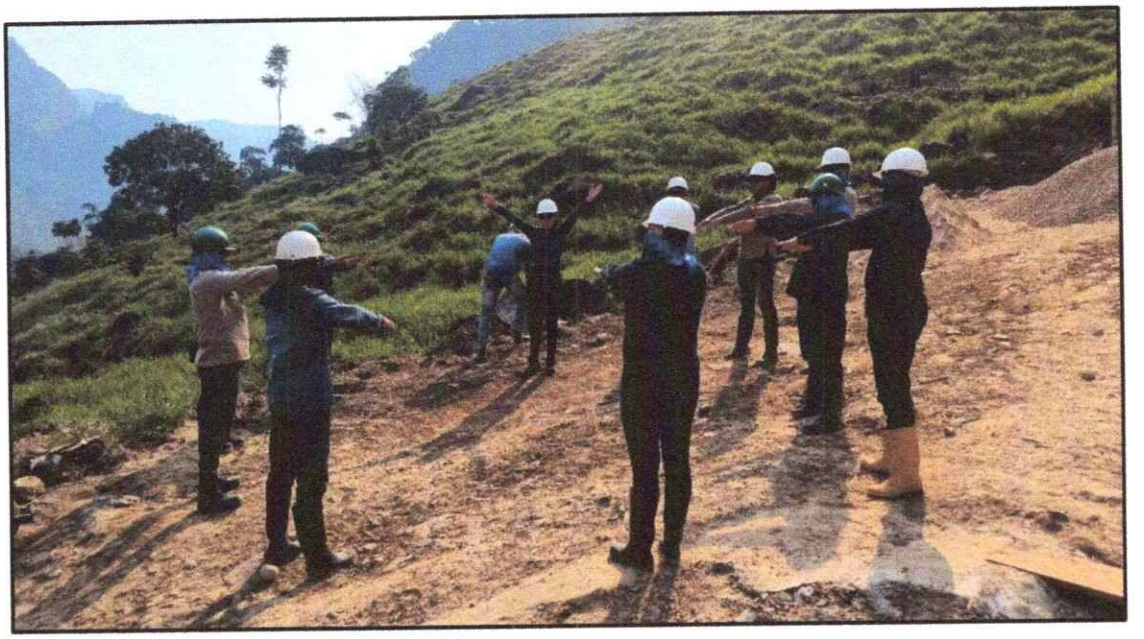
6. CALISTEMIA / PAUSAS ACTIVAS

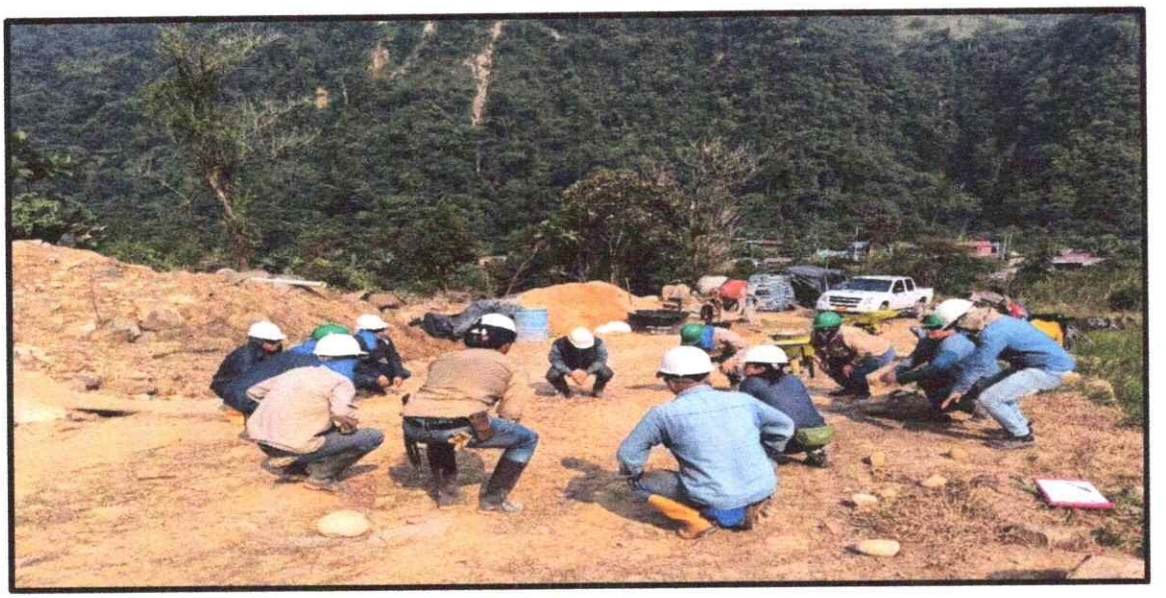
El Ministerio de Protección Social reglamentará mecanismos para que todas las empresas del país promuevan durante la jornada laboral pausas activas para todos sus empleados, por medio de la Ley 1355 de 2009 para lo cual contarán con el apoyo y orientación de las Administradoras de Riesgos Profesionales.

- REGISTRO FOTOGRAFICO CALISTEMIA / PAUSAS ACTIVAS









7. SEÑALIZACION Y DEMARCACION

Se instalo y se realizó recorridos inspeccionando la señalización de todas las áreas de trabajo para verificar que sean visibles, claras y adecuadas para que el personal de la obra y visitantes estén informados de los diferentes riesgos y alertas que se deben tener en obra.

- REGISTRO FOTOGRAFICO SEÑALIZACION Y DEMARCACION DE AREAS

EQUIPOS DE EMERGENCIA







8. INSPECCION

Las inspecciones son un elemento determinante para la evaluación y el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Son aaquellas que se realiza antes de la operación de la máquina, equipo y/o herramienta o antes de la actividad con el fin de identificar condiciones de peligro o posibles riesgos de impactos ambientales y tomar las medidas de corrección oportunamente. Regulado por el Decreto 1072 de 2015, artículo 2.2.4.6.12, punto 14; artículo 2.2.4.6.21, punto 6; artículo 2.2.4.6.22, punto 5; artículo 2.2.4.6.24, parágrafo 2.

- INSPECCION BOTIQUIN



- FORMATO INSPECCION BOTIQUIN

TRUJILLO	"CONSTRUCCION ACUEDUCTO VEREDAL DEL CUBOGON, MUNICIPIO DE CUBARA, BOYACA"

INSPECCION BOTIQUIN

Nombre del que Inspecciona: Estella Sosa
Cargo: HSE
Fecha de Inspección: Abril
Ubicación del Botiquin: Bodega

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS*	ESTADO B: Bien M: Mal	CANT.	FECHA DE VENCIMIENTO (SI APLICA)
Guantes quirurgicos	B	2	
Tapabocas	B	5	
Capitos de algodón	B	Caja	
Curas	B	5	
Esparadrapo	B	tubo	
Gasa	B	frasco	
Isodine	B	Paquet	
Bajalenguas	B	1	
Vendas elasticas	B	1	
Alcohol	B	1	
Tijeras	B	1	
Termómetro	B	1	
Pinzas	B	1	

OBSERVACIONES:

* Nota: Solo se deben tener medicamentos en el botiquin si existe personal entrenado para suministrarlo (médico o enfermera)

"CONSTRUCCION ACUEDUCTO VEREDAL DEL CUBOGON, MUNICIPIO DE CUBARA, BOYACA"

INSPECCION BOTIQUIN

Nombre del que inspecciona: Estella Sosa
Cargo: HSE
Fecha de Inspección: Mayo
Ubicación del Botiquín: Bodega

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS*	ESTADO B: Bien M: Mal	CANT.	FECHA DE VENCIMIENTO (SI APLICA)
Guantes quirurgicos	B	2	
Tapabocas	B	5	
Copitos de algodón	B	Caja	
Curas	B	5	
Esparadrapo	B	Tubo	
Gasa	B	Paquete	
Isodine	B	Paquete.	
Bajalenguas	B	1	
Vendas elásticas	B	1	
Alcohol	B	1	
Tijeras	B	1	
Termómetro	B	1	
Pinzas	B	1	
	B	1	

OBSERVACIONES:

* Nota: Solo se deben tener medicamentos en el botiquín si existe personal entrenado para suministrarlo (médico o enfermera)

9. INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

EMPRESA	NUMERO DE ACCIDENTES
ALDANA MOJICA	0

ACUMULADO

MES	FRECUENCIA ACCIDENTETALIDAD	SEVERIDAD ACCIDENTALIDAD	ACCIDENTES MORTALES	INCIDENCIA ENFERMEDAD	AUSENTISMO CAUSA MEDICA
ABRIL	0	0	0	0	0
MAYO	0	0	0	0	0

10. NUMEROS DE EMERGENCIA

NUMEROS DE EMERGENCIA	
HOSPITAL LOCAL	607 8891328
URGENCIAS HOSP	3176431580
POLICIA	123
AMBULANCIA	3107612523
DEFENSA CIVIL	3103420758
BOMBEROS	3228222999

ANEXO 1

EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO

ODONTO-MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín
Cel. 3209522770 - Tel. 097 8891396 - E-mail: jgomez1184@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.561

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 (Día)	01 (Mes)	2025 (Año)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación: Tipo	Número
QUIÑONES VILLAMIZAR ADELSO	MASCULINO	31 AÑOS 8 MESES 6 DIAS	CC	1091059636

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL:
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS SEGUIMIENTO DE PRESION ARTERIAL	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL MANEJO ADECUADO DE CARGAS PROTECCIÓN DE ZONAS EXPUESTAS A LA LUZ SOLAR. USO DE BLOQUEADORES CON FILTRO UV	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FISICA AEROBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA SUPERVISADA POR NUTRICION

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS. LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGÚN NECESIDAD. HIDRATACIÓN PERIÓDICA. NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES. EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS. SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE, FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLORES ARTICULARES, LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MÉDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO. ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA.

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín
Cel. 3209522791 - Tel. 097 8895 696 - E-mail: jlgomez11@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.673

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL
04 (DIA)	02 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	ONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación: Tipo	Numero
QUIÑONEZ VILLAMIZAR AURORA	FEMENINO	53 AÑOS 1 MESES 10 DIAS	CC	33516019

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL:
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *PACIENTE CON OBESIDAD. DEBE DE COLOCARSE EN CONTROL POR SU EPS PARA CONTROL METABOLICO*

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	MANEJO ADECUADO DE CARGAS	ACTIVIDAD FISICA AEROBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA GUIADA POR NUTRICIONISTA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD HIDRATACIÓN PERIODICA NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES EVITAR LUGARES CON AGLOMERACION DE PERSONAS SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA DOLORES ARTICULARES LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MEDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA

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 mi 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

SERVIR
ODONTO MEDICINA

ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín
Cel. 3209122791 - Tel. 097 8891396 - E-mail: jgomez119@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.584

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 (Día)	01 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ANAYA DELGADO CRISTIAN CAMILO	MASCULINO	38 AÑOS 1 MESES 0 DIAS	CC (Tipo)	1063718008 (Numero)

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS. LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD. HIDRATACIÓN PERIODICA. NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES. EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS. SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE, FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLORES ARTICULARES, LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MEDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO. ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACION MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA

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 la ido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: Jorge Gómez C	Código de Seguridad: Y678E1K13584	Firma: Anaya
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS		Nombre: ANAYA DELGADO CRISTIAN CAMILO
R. M.: CMC 2017 22575 — L.S.O.: 0152		CC: 1063718008

SERVIR
ODONTO MEDICINA

ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín
Cel. 3209522791 Tel. 097 8891396 E-mail: [illegible]



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.579

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 (DIA)	01 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación: Tipo	Numero
MENDOZA VALENCIA EMERSON	MASCULINO	24 AÑOS 11 MESES 12 DIAS	CC	1002300191

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD HIDRATACIÓN PERIODICA NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES EVITAR LUGARES CON AGLOMERACION DE PERSONAS SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA DOLORES ARTICULARES LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MEDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: [signature]	Código de Seguridad R678X1D13579	Firma: [signature]
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS		Nombre: MENDOZA VALENCIA EMERSON
R. M.: CMC2017 22575 L.S.O.: 0152		CC: 1002300191

SERVIR ODONTO MEDICINA

ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardin
Cel 3209527761 - Tel 097 8831396 - E-mail: jgomez118@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.661

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 (DÍA)	02 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación: Tipo	Número
VALENCIA MORENO FIGER ALDAIR	MASCULINO	21 AÑOS 8 MESES 29 DIAS	CC	1193509740

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	MANEJO ADECUADO DE CARGAS	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD HIDRATACIÓN PERIODICA NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA DOLORES ARTICULARES LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MÉDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: Jorge Gómez C	Código de Seguridad N67RT1711661	Firma:
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS		Nombre: VALENCIA MORENO FIGER ALDAIR
R.M. CMC2017-22575 I.S.O.: 0152		CC: 1193509740

SERVIR
ODONTO MEDICINA

ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín
Cel. 3209122791 - Tel. 097 8891196 - E-mail: jgomez1184@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.582

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 (DIA)	01 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
REYES VALENCIA JAIME ALBERTO	MASCULINO	19 AÑOS 5 MESES 9 DIAS	Tipo: CC	Numero: 1090252090

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FISICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS, LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD, HIDRATACION PERIODICA, NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACION DE PERSONAS, SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLORES ARTICULARES, LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MEDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO. ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA.

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 mi 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS		Nombre: REYES VALENCIA JAIME ALBERTO
R.M.: CMC2017-22575 L.S.O.: 0152	R678X1D13582	CC: 1090252090

SERVIR ODONTO MEDICINA
ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardin
Cel. 3209522791 - Tel. 087 8891896 - E-mail: jgomez1116@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.577

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL
28 (DIA)	01 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MENDOZA QUIÑONEZ JHON ARVEY	MASCULINO	27 AÑOS 7 MESES 22 DIAS	CC (Tipo)	1049396161 (Numero)

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FISICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD HIDRATACIÓN PERIODICA NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA DOLORES ARTICULARES LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MÉDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA

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 mi 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: Jorge Gómez	Código de Seguridad: I678O1U13577	Firma: Jhon A Mendoza
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS		Nombre: MENDOZA QUIÑONEZ JHON ARVEY
R. M.: CMC2017 22575 L.S.O.: 0152		CC: 1049396161

ODONTO-MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín
Cel. 3209522791 - Tel. 097 8891796 - E-mail: jgomez1116@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.583

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 (Día)	01 (Mes)	2025 (Año)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación: Tipo	Número
VALENCIA MENDOZA JOEL	MASCULINO	20 AÑOS 2 MESES 30 DIAS	CC	1049392243

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL:
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS. LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD. HIDRATACIÓN PERIÓDICA. NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES. EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS. SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE, FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLORES ARTICULARES, LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MÉDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO. ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA.

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS	G678M1S13583	Nombre: VALENCIA MENDOZA JOEL
R.M.: CMC2017-22575 L.S.O.: 0152		CC: 1049392243

SERVIR ODONTO MEDICINA
ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín
Cel. 3138522795 - Tel. 097 8891356 - E-mail: dgomez1186@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.665

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 (DÍA)	02 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A
Nombre de la empresa	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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación: Tipo	Número
GARCIA VALENCIA JOSE LUIS	MASCULINO	30 AÑOS 0 MESES 4 DIAS	CC	1094274321

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	MANEJO ADECUADO DE CARGAS	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS. LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD. HIDRATACIÓN PERIÓDICA. NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES. EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS. SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE, FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLORES ARTICULARES, LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MÉDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO. ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA.

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS		Nombre: GARCIA VALENCIA JOSE LUIS
R. M.: CMC2017-22575 L.S.O.: 0152	G678M1S13665	CC: 1094274321

SERVIR ODONTOMEDICINA

ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín
Cel. 3209522701 - Tel. 097 8851396 - E-mail: jgomez1114@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.581

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 (DIA)	01 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MENDOZA VERA LIGIA AMPARO	FEMENINO	41 AÑOS 2 MESES 29 DIAS	CC (Tipo)	33516401 (Numero)

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FISICA AEROBICA DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS. LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD. HIDRATACIÓN PERIÓDICA. NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES. EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS. SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE, FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLORES ARTICULARES, LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MÉDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO. ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA.

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: Jorge Gómez C	Código de Seguridad C678I1O13581	Firma:
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS		Nombre: MENDOZA VERA LIGIA AMPARO
R.M.: CMC2017-22575 L.S.O.: 0152		CC: 33516401

SERVIR ODONTO MEDICINA

ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín
Cel. 3209522791 - Tel. 097 8891396 - E-mail: jlgomez1186@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.580

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 (DÍA)	01 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación: Tipo	Número
VALENCIA URBINA RAMIRO	MASCULINO	45 AÑOS 10 MESES 14 DIAS	CC	9466929

Cargo: OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS. LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD. HIDRATACIÓN PERIODICA. NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES. EVITAR LUGARES CON AGLOMERACION DE PERSONAS. SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE, FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLORES ARTICULARES, LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MEDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO. ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA.

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS	F678L1R13580	Nombre: VALENCIA URBINA RAMIRO
R. M.: CMC2017-22575 L.S.O.: 0152		CC: 9466929

SERVIR ODONTO MEDICINA

ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardin
Cel. 3208522791 - Tel. 092 8891786 - E-mail: jgomez116@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.560

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
27 (DIA)	01 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JURADO ANGARITA RIGOBERTO	MASCULINO	53 AÑOS 0 MESES 9 DIAS	Tipo: CC	Número: 9466558

Cargo: OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS SEGUIMIENTO DE PRESION ARTERIAL	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL MANEJO ADECUADO DE CARGAS	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA HACER DEPORTE

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 mi 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS		Nombre: JURADO ANGARITA RIGOBERTO
R. M.: CMC2017-22575 L.S.O.: 0152	I678O1U13560	CC: 9466558

SERVIR
ODONTO MEDICINA

ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín
Cel. 3209572791 - Tel. 097 8891396 - E-mail: jlgomez118@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.664

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 (DIA)	02 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación: Tipo	Número
PEÑA CASTELLANOS VICTOR FERNANDO	MASCULINO	35 AÑOS 2 MESES 23 DIAS	CC	1049393107

Cargo: **OFICIAL DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL MANEJO ADECUADO DE CARGAS	HABITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS, LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD, HIDRATACIÓN PERIODICA. NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACION DE PERSONAS, SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE, FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLORES ARTICULARES, LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MEDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO. ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA.

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS		Nombre: PEÑA CASTELLANOS VICTOR FERNANDO
R. M.: CMC2017-22575 L.S.O.: 0152	J678P1V13664	CC: 1049393107

SERVIR
ODONTO MEDICINA
ODONTO MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardin
Cel. 3209532791 - Tel. 097 8891196 - E-mail: jgomez116@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.576

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 (DIA)	01 (MES)	2025 (AÑO)	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A	CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTES S.A

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación: Tipo	Numero
MENDOZA VALENCIA YEFERSON	MASCULINO	26 AÑOS 2 MESES 24 DIAS	CC	1090252037

Cargo: **OBRERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PUESTO DE TRABAJO CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO USO DE TAPABOCAS EN EL PERSONAL QUE PRESENTE SINTOMAS RESPIRATORIOS LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGUN NECESIDAD HIDRATACIÓN PERIÓDICA NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA DOLORES ARTICULARES LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MEDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO ASEGURAR ENTORNOS LABORALES CON VENTILACION MECÁNICA Y/O NATURAL ADECUADA

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 protegar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS		Nombre: MENDOZA VALENCIA YEFERSON
R. M.: CMC2017-22575 L.S.O.: 0152	G678M1S13576	CC: 1090252037

CERTIFICACIONES DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES -ARL-

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

LA DIRECCION 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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Numero identificacion	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transaccion	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOYACA			Clase: 5	Porcentaje Cotizacion:	6.96 %	
C1115723027	DUARTE VEGA FABIAN FRANCISCO	01/02/2025	28/02/2025	130N2381	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 31/01/2025 16:51:15.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.211.46.12, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

LA DIRECCION 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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Numero identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOYACA			Clase: 5		Porcentaje Cotizacion: 6.96 %	
C1115744319	PARADA VILLAMIZAR EMERSON ARBEY	01/02/2025	28/02/2025	196al10W	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 31/01/2025 17:27:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.211.46.12 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

LA DIRECCION 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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

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 BOYACA			Clase: 5	Porcentaje Cotizacion: 6.96 %		
C1063718008	ANAYA DELGADO CRISTIAN CAMILO	01/02/2025	28/02/2025	17717272	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 31/01/2025 21:07:39.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.211.46.12, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

LA DIRECCION 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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transaccion	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOYACA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1090252090	REYES VALENCIA JAIME ALBERTO	01/02/2025	28/02/2025	254124vi	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 31/01/2025 21:39:57.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.211.46.12, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

LA DIRECCION 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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transaccion	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOYACA			Clase: 5		Porcentaje Cotizacion: 6.96 %	
C1049396161	MENDOZA QUIÑONEZ JHON ARVEY	01/02/2025	28/02/2025	18125B15	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 21:42:58.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Direccion IP: 38.211.46.12, 192.230.104.8, 172.16.42.57

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Numero identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOYACA			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C9466929	VALENCIA URBINA RAMIRO	01/02/2025	28/02/2025	17696882	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 31/01/2025 21:45:38.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.211.46.12, 192.230.104.8, 172.16.42.57

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

LA DIRECCION 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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transaccion	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOYACA			Clase: 5		Porcentaje Cotizacion: 6.96 %	
C33516401	MENDOZA VERA LIGIA AMPARO	01/02/2025	28/02/2025	21316505	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 31/01/2025 21:58:15
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro

Dirección IP: 38.211.46.12, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transaccion	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo	0000000001 PRINCIPAL BOYACA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1002300191	MENDOZA VALENCIA EMERSON	01/02/2025	28/02/2025	31153190	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 31/01/2025 22:01:59.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.211.46.12, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

LA DIRECCION 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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

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 BOYACA		Clase: 5	Porcentaje Cotizacion:	6.96 %	
C1090252037	MENDOZA VALENCIA YEFERSON	01/02/2025	28/02/2025	18716945	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 22:04:28.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.211.46.12, 192.230.104.8, 172.16.42.57

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo	0000000001 PRINCIPAL BOYACA		Clase: 5	Porcentaje Cotización	6.96 %	
C1091059636	QUIÑONES VILLAMIZAR ADELSO	01/02/2025	28/02/2025	11432141	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 31/01/2025 22:07:30.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.211.46.12, 192.230.104.8, 172.16.42.57

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificacion	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transaccion	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo	0000000001 PRINCIPAL BOYACA		Clase 5	Porcentaje Cotizacion	6.96 %	
C9466558	JURADO ANGARITA RIGOBERTO	01/02/2025	28/02/2025	18629236	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 22:10:19.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.211.46.12, 192.230.104.8, 172.16.42.57

ARL | sura

Medellin, 04 de February de 2025

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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

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 BOYACA		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	0.96 %
C1049393107	PEÑA CASTELLANOS VICTOR FERNANDO	05/02/2025	28/02/2025	2033661C	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/02/2025 18:42:06.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.180.22.200, 192.230.104.5, 172.16.42.57

ARL | sura

Medellin, 04 de February de 2025

LA DIRECCION 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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Numero identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transaccion	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOYACA			Clase: 5		Porcentaje Cotizacion: 6.96 %	
C1094274321	GARCIA VALENCIA JOSE LUIS	05/02/2025	28/02/2025	20918023	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/02/2025 18:44:13.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.180.22.200, 192.230.104.5, 172.16.42.57

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO De La Fuente

ARL | sura

Medellin, 04 de February de 2025

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 CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOYACA		Clase: 5	Porcentaje Cotizacion:	6.96 %	
C3851601 9	QUIÑONEZ VILLAMIZAR AURORA	05/02/2025	28/02/2025	34238255	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 04/02/2025 18:52:12.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.180.22.200, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACIONES DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD – EPS-

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/02/2025, el empleador CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S identificado con NIT número 901878498 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8415840	24/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CEDULA DE CIUDADANIA	1091059636	ADELSO QUIÑONES VILLAMIZAR	1423500	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS	2025-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/02/2025, el empleador CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S identificado con NIT número 901878498 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NUMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8415796	24/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CEDULA DE CIUDADANIA	1063718008	CRISTIANCAMILO ANAYA DELGADO	1423500	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS	2025-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS
TRUJILLO
De La Fuente

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/02/2025, el empleador CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S identificado con NIT número 901878498 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8415785	24/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CEDULA DE CIUDADANIA	1115744319	EMERSONARBEY PARADA VILLAMIZAR	1423500	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS	2025-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/02/2025, el empleador CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S identificado con NIT número 901878498 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8415816	24/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CEDULA DE CIUDADANIA	1002300191	EMERSON MENDOZA VALENCIA	1423500	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS	2025-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 dias del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/02/2025, el empleador CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S identificado con NIT número 901878498 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8415861	24/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CEDULA DE CIUDADANIA	1193509740	FIGERALDAIR VALENCIA MORENO	1423500	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS	2025-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/02/2025, el empleador CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S identificado con NIT número 901878498 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8415849	24/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CEDULA DE CIUDADANIA	9466556	RIGOBERTO JURADO ANGARITA	1423500	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS	2025-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/02/2025, el empleador CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS TRUJILLO DE LA FUENTE S.A.S identificado con NIT número 901878498 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NUMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8415821	24/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CEDULA DE CIUDADANIA	1090252037	YEFERSON MENDOZA VALENCIA	1423500	PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS	2025-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A

NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuacion se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos

Tipo y No. de documento	CC 1115723027
Nombres	FABIAN FRANCISCO DUARTE VEGA
Tipo de afiliado	Cabeza de familia
Fecha de afiliacion	2022-10-01
Estado de afiliacion	Activo
Regimen	Subsidiado
Nivel Sisben	0
Departamento - Municipio	ARAUCA SARAVENA
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atencion	HOSPITAL DEL SARARE ESE

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACION NO APLICA PARA SERVICIOS MEDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

La anterior certifcacion se expide y firma el 2025-05-05 a solicitud del interesado y es valida hasta el 2025-06-04

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuacion se encuentra o ha estado registrado en la EPS con los siguientes datos

Tipo y No. de documento	CC 1090252090
Nombres	JAIME ALBERTO REYES VALENCIA
Tipo de afiliado	Cotizante
Fecha de afiliacion	2021-08-10
Estado de afiliacion	Activo
Regimen	Contributivo
Nivel de contribucion	B
Departamento - Municipio	BOYACA CUBARA
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atencion	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MEDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

La anterior certifcacion se expide y firma el 2025-05-05 a solicitud del interesado y es valida hasta el 2025-06-04

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuacion se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos

Tipo y No. de documento	CC 1049396161
Nombres	JHON ARVEY MENDOZA QUIÑONEZ
Tipo de afiliado	Cotizante
Fecha de afiliacion	2019-06-21
Estado de afiliacion	Activo
Regimen	Contributivo
Nivel de contribucion	B
Departamento - Municipio	BOYACA CUBARA
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atencion	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACION NO APLICA PARA SERVICIOS MEDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

La anterior certifcación se expide y firma el 2025-05-05 a solicitud del interesado y es valida hasta el 2025-06-04

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos

Tipo y No. de documento	CC 9466929
Nombres	RAMIRO VALENCIA URBINA
Tipo de afiliado	Cotizante
Fecha de afiliacion	2021-08-10
Estado de afiliacion	Activo
Regimen	Contributivo
Nivel de contribución	B
Departamento - Municipio	BOYACA CUBARA
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MEDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

La anterior certifcacion se expide y firma el 2025-05-05 a solicitud del interesado y es valida hasta el 2025-06-04

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS. con los siguientes datos.

Tipo y No. de documento	CC 33516401
Nombres	LIGIA AMPARO MENDOZA VERA
Tipo de afiliado	Cotizante
Fecha de afiliación	2021-09-30
Estado de afiliación	Activo
Regimen	Contributivo
Nivel de contribución	A
Departamento - Municipio	BOYACA CUBARA
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

La anterior certifcación se expide y firma el 2025-05-05 a solicitud del interesado y es valida hasta el 2025-06-04

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuacion se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos

Tipo y No. de documento	CC 1049393107
Nombres	VICTOR FERNANDO PEÑA CASTELLANOS
Tipo de afiliado	Cotizante
Fecha de afiliacion	2020-06-01
Estado de afiliacion	Activo
Regimen	Contributivo
Nivel de contribucion	A
Departamento - Municipio	BOYACA CUBARA
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atencion	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACION NO APLICA PARA SERVICIOS MEDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

La anterior certifcacion se expide y firma el 2025-05-05 a solicitud del interesado y es valida hasta el 2025-06-04

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuacion se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos

Tipo y No. de documento:	CC 33516019
Nombres:	AURORA QUIÑONEZ VILLAMIZAR
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliacion:	2019-09-17
Estado de afiliacion:	Activo
Regimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	BOYACA CUBARA
Tipo de Servicio:	IPS
IPS Atencion:	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACION NO APLICA PARA SERVICIOS MEDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

La anterior certifcacion se expide y firma el 2025-06-04 a solicitud del interesado y es valida hasta el 2025-07-04

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

CERTIFICACIONES DEL FONDO DE PENSIONES

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS
TRUJILLO
De La Fuente

porvenir
sólo hay uno

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

En su condicion de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

ADELSO QUIÑONES VILLAMIZAR, identificado(a) con cédula de ciudadania **1.091.059.636**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Junio del 2025.

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.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800 170 [illegible]

CERTIFICA QUE:

AURORA QUIÑONEZ VILLAMIZAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **33.516.019**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 5 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS
TRUJILLO
De La Fuente

porvenir
Sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN CAMILO ANAYA DELGADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.063.718.008**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Junio del 2025.

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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EMERSON ARBEY PARADA VILLAMIZAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1115744319,** se encuentra afiliado/a desde **16/07/2024** 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 05 de junio de 2025.

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.

porvenir

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

En su condicion de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

Nit 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

EMERSON MENDOZA VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadania **1.002.300.191**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

enga 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 cumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

CONSTRUCCIONES Y SUMINISTROS
TRUJILLO
De La Fuente

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

FABIAN FRANCISCO DUARTE VEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.115.723.027**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Junio del 2025.

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.