ARL | sura

Medellín, 03 de April 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 MISIÓN PLUS 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:	0000EDU001 SECRETARIA EDUCACION		Clase: 3	Porcentaje Cotización:	2.436 %	
C1088306533	CALVO MEJIA DIANA KATHERINE	04/04/2025		mp158253	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 03/04/2025 10:56:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.0.43.251, 198.143.41.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OK Yeminus

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014542032	0|9|0|4|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
CALVO (Primer apellido)	MEJIA (Segundo apellido)	DIANA (Primer nombre)	KATHERINE (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1088306533	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	0|1|0|3|1|9|9|3

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1480000	

26.Residencia

AP 202 BL 3A VILLA DE LEIVA (Dirección)	Telefono fijo	3104961184 (Telefono celular)	DIANA.CALVO01@HOTMAIL.COM (Correo electronico)

RISARALDA (Departamento)	PEREIRA (Municipio/Distrito)	170 (Localidad / comuna)	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS EL LAGO - VS ALPES	VSELLAGO - VSALPES
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
MISION PLUS SAS	NIT	900879619	

59.Ubicación

CL 19 7 53 OF 902 (Dirección)	3253611 (Teléfono fijo o celular)	RECURSOSHUMANOSEMP2020@GMAIL.COM (Correo electrónico)	RISARALDA (Departamento)	PEREIRA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4014542032

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Codigo: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ 7. Inclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|4|0|4|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 73. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 75. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 76. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- 77. ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN.☐ RC.☐ TI.☐ CC.☐ PA.☐ CE.☐ CD.☐ SC.☐ PT.☐ Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopcion o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

Salud Total

PEREIRA, Abril 2 de 2025

Señora:

CALVO MEJIA DIANA KATHERINE

CC. 1088306533AP 202 BL 3A VILLA DE LEIVA - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 19 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
CALVO MEJIA DIANA KATHERINE	1088306533	C	Ago-19-2020	55	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
FARFAN RIAÑO JOSE LUCINDO	19070648	C	Ene-31-2021	0	71	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Ene-31-2021	Anulacion Afiliacion	Ninguna
MORALES CALVO ERICK	1089643318	R	Mar-27-2021	56	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
ANGIE TATIANA ALVAREZ CORTES	1088306533	Dependiente	CERRADO
ASOCIACION DE MADRES COMUNITARIAS MILAGRO DE AMOR	1088306533	Dependiente	VIGENTE
CORPORACION KINESIS SOCIAL	1088306533	Dependiente	CERRADO
DIANA CALVO	1088306533	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
FUNDACION HOGARES CLARET	1088306533	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva,

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 830.144.331-8

CERTIFICA QUE:

DIANA KATHERINE CALVO MEJIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.088.306.533**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

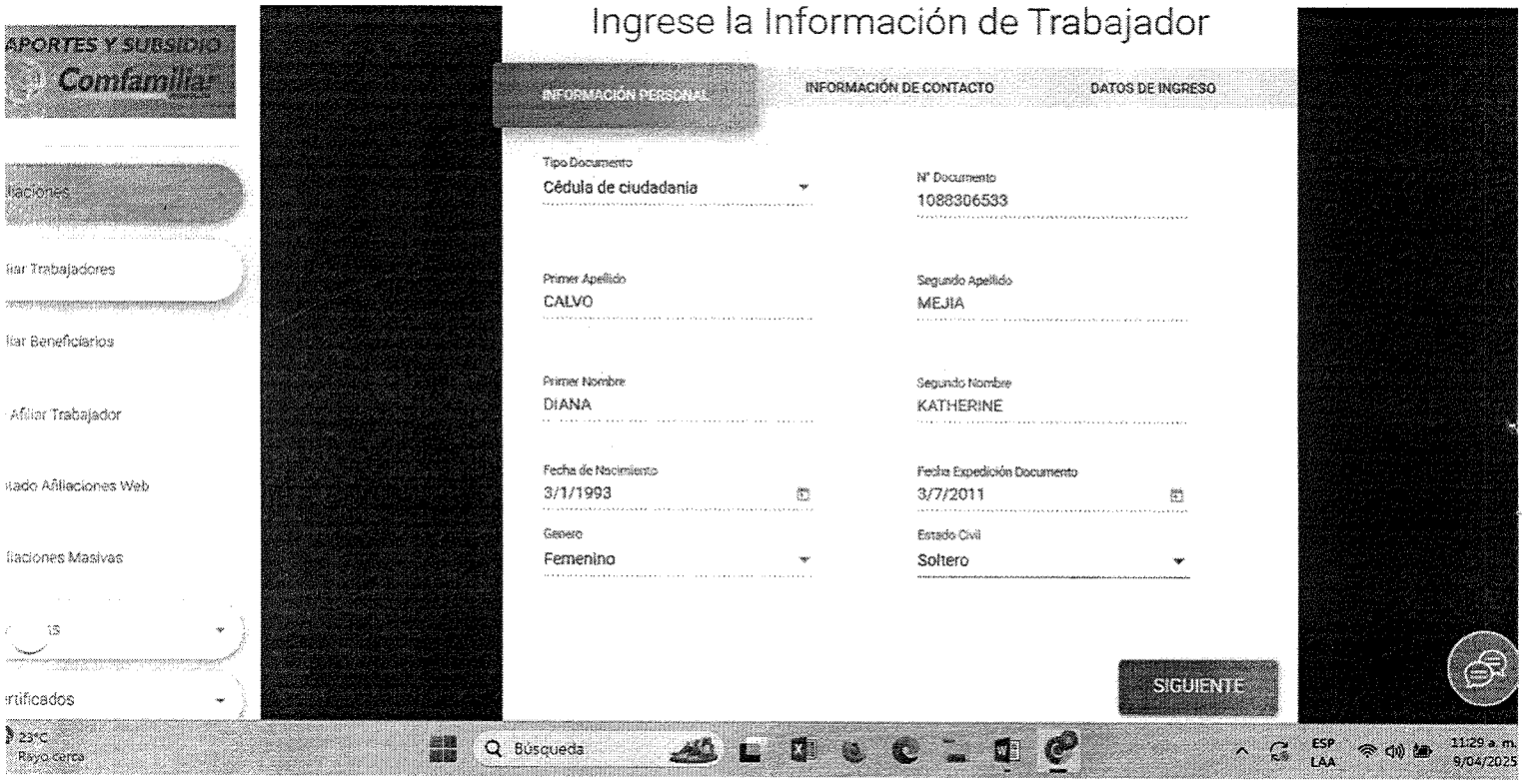
La presente certificación se expide el 2 de Abril del 2025.

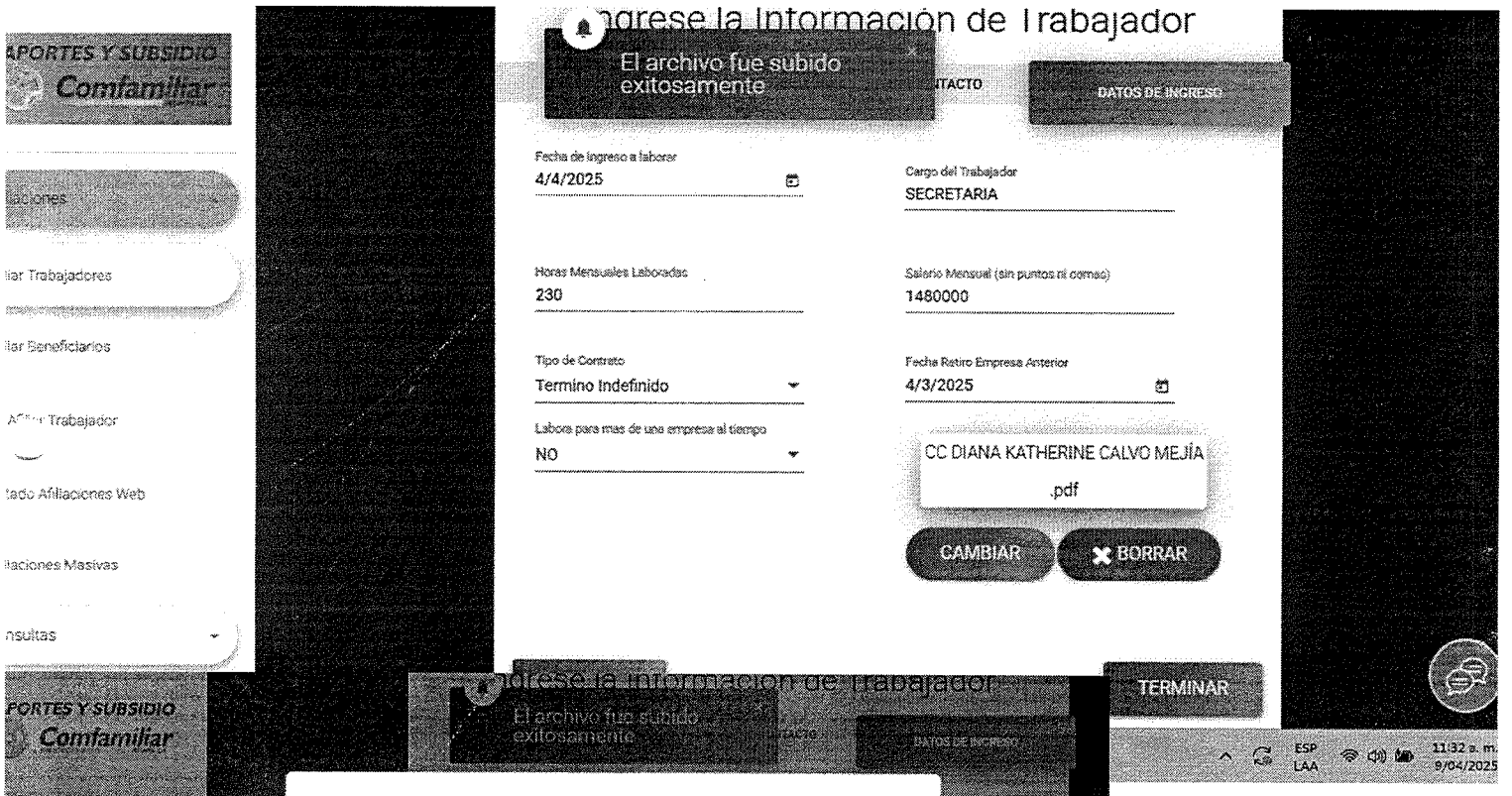
Cordialmente,

Gerencia de Clientes

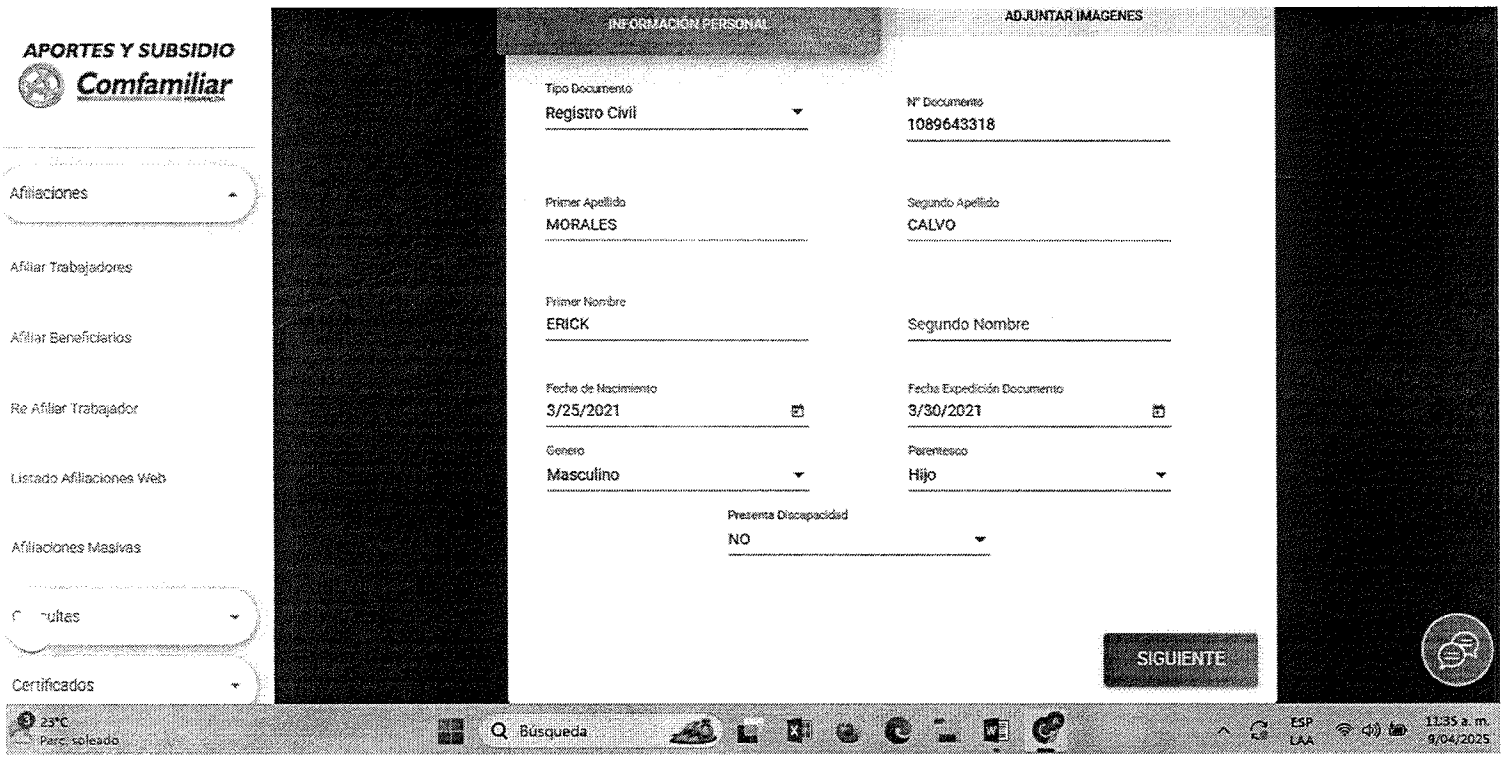
Tenga en cuenta:

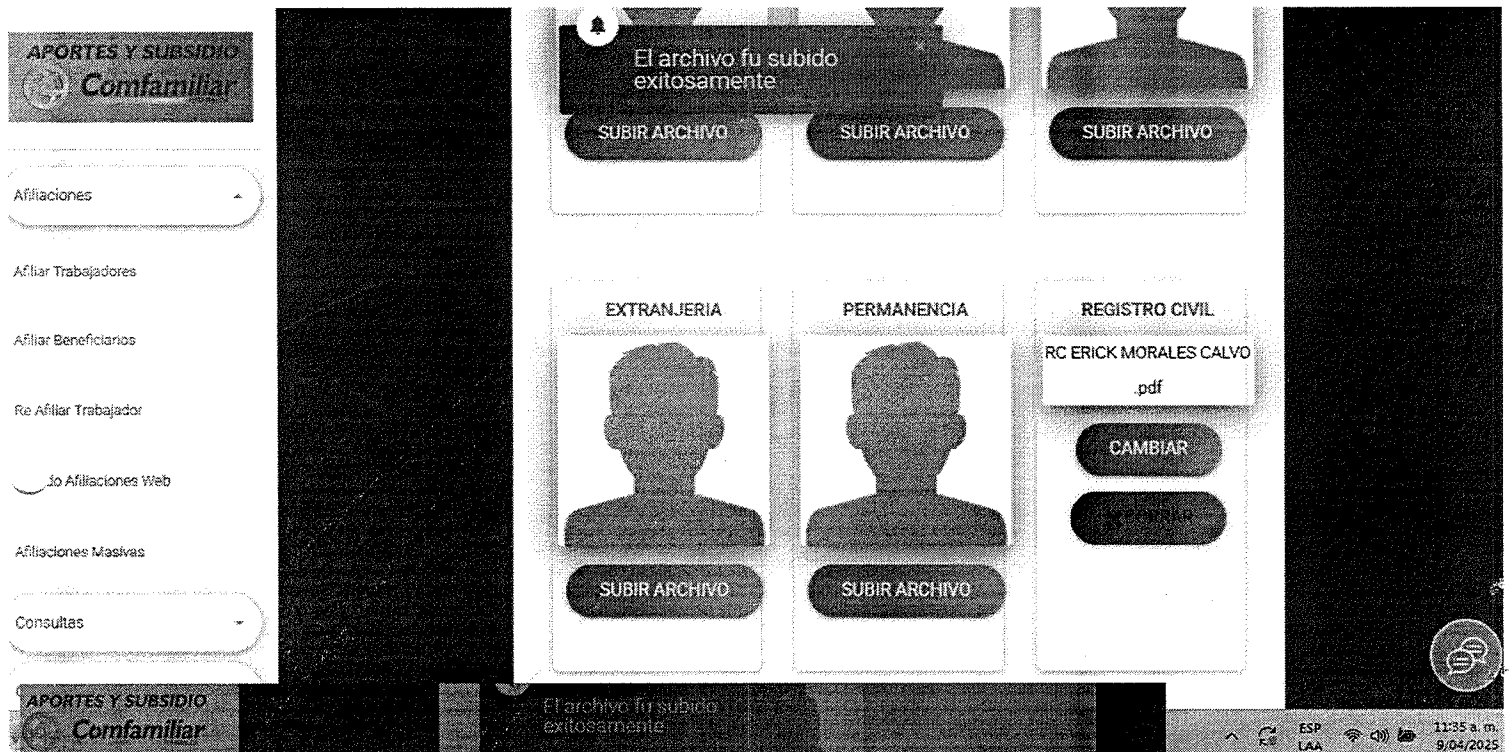
Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

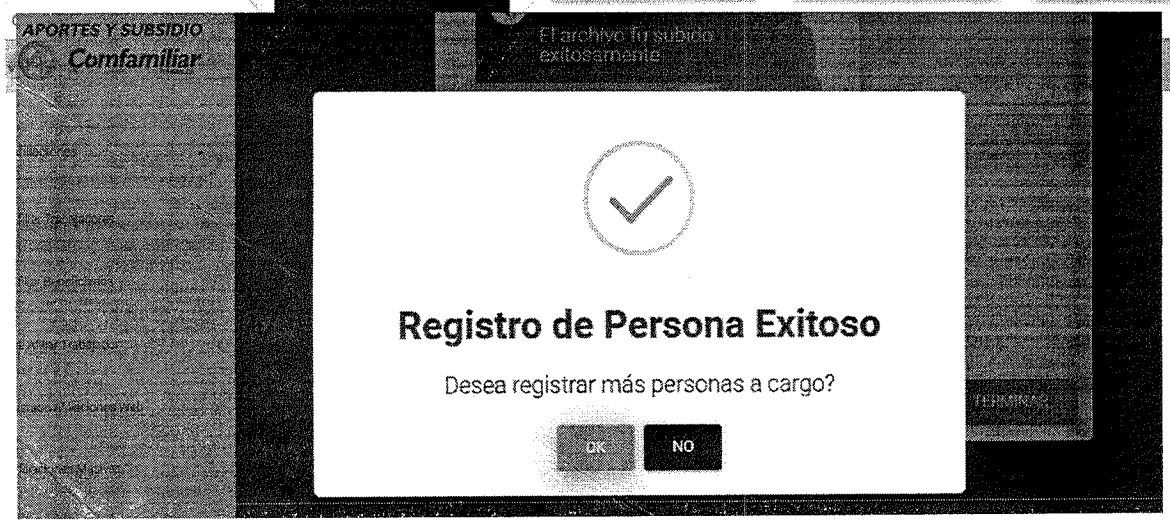

APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
Ingrese la Información de Trabajador
INFORMACIÓN PERSONAL
INFORMACIÓN DE CONTACTO
DATOS DE INGRESO
Tipo Documento
Cédula de ciudadanía
N° Documento
1088306533
Primer Apellido
CALVO
Segundo Apellido
MEJIA
Primer Nombre
DIANA
Segundo Nombre
KATHERINE
Fecha de Nacimiento
3/1/1993
Fecha Expedición Documento
3/7/2011
Genero
Femenino
Estado Civil
Soltero
SIGUIENTE
Búsqueda
ESP
LAA
11:29 a. m.
9/04/2025


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
El archivo fue subido exitosamente
DATOS DE INGRESO
Fecha de Ingreso a laborar
4/4/2025
Cargo del Trabajador
SECRETARIA
Horas Mensuales Laboradas
230
Salario Mensual (sin puntos ni comas)
1480000
Tipo de Contrato
Termino Indefinido
Fecha Retiro Empresa Anterior
4/3/2025
Labora para mas de una empresa al tiempo
NO
CC DIANA KATHERINE CALVO MEJÍA
.pdf
CAMBIAR
BORRAR
TERMINAR
ESP
LAA
11:32 a. m.
9/04/2025


Registro de Trabajador Exitoso
Desea registrar sus personas a cargo?
SI
NO


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
Afiliaciones
Afiliar Trabajadores
Afiliar Beneficiarios
Re Afiliar Trabajador
Listado Afiliaciones Web
Afiliaciones Masivas
Certificados
INFORMACIÓN PERSONAL
ADJUNTAR IMAGENES
Tipo Documento
Registro Civil
N° Documento
1089643318
Primer Apellido
MORALES
Segundo Apellido
CALVO
Primer Nombre
ERICK
Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento
3/25/2021
Fecha Expedición Documento
3/30/2021
Genero
Masculino
Parentesco
Hijo
Presenta Discapacidad
NO
SIGUIENTE
Búsqueda
ESP
LAA
11:35 a. m.
9/04/2025


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
Afiliaciones
Afiliar Trabajadores
Afiliar Beneficiarios
Re Afiliar Trabajador
Afiliaciones Masivas
Consultas
El archivo fu subido exitosamente
SUBIR ARCHIVO
SUBIR ARCHIVO
SUBIR ARCHIVO
EXTRANJERIA
PERMANENCIA
REGISTRO CIVIL
RC ERICK MORALES CALVO
.pdf
CAMBIAR
SUBIR ARCHIVO
SUBIR ARCHIVO
ESP
LAA
11:35 a. m.
9/04/2025


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
Registro de Persona Exitoso
Desea registrar más personas a cargo?
OK
NO

MISIÓN PLUS
SERVICIOS TEMPORALES

FORMATO RELACIÓN N UCLEO FAMILIAR PARA AFILIACION A EPS Y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

La información aquí consignada es de carácter informativo y no garantiza la afiliación de sus beneficiarios, dicha afiliación se realizará de manera eficaz con la información entregada por usted como trabajador y los soportes de sus beneficiarios.

NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA NACIMIENTO			VIVE CON USTED		AFILIAR A EPS		AFILIAR A CAJA		PARENTESCO
		DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Erick Morales Calvo	4am	25	03	2021	X		X		X		Hijo.

Recuerde que solo puede afiliar su núcleo familiar primario

Declaro que en el momento de la contratación se me ha informado claramente, acerca de los requisitos y documentación necesaria para la afiliación de mi núcleo familiar en **EPS Y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**, queda bajo mi entera responsabilidad la inclusión de mis beneficiarios para servicios de salud y beneficios de caja de compensación, hasta la entrega de los documentos o radicación directa en cada una de estas entidades.

	DOCUMENTOS A PRESENTAR	EPS	CAJA
HIJOS / HIJASTROS	Registro civil de nacimiento legible (para hijos de 0 a 6 años de edad)	SI	SI
	Tarjeta de identidad y Registro civil de nacimiento legible (para hijos de 7 a 11 años de edad)	SI	SI
	Tarjeta de identidad, Registro civil de nacimiento y Certificado de Estudio Actualizado (para hijos de 12 hasta 18 años de edad.)	SI	SI
	Certificado de Discapacidad emitido por ministerio de salud o certificado médico EPS donde conste la discapacidad física, registro civil de nacimiento, tarjeta de identidad ò cedula para hijos mayores de 18 años (nota: para hijos con discapacidad no tienen límite de edad en caja de compensación y reciben doble subsidio.)	SI	SI
	Custodia legalmente por entidad competente ICBF, comisaria de familia, juzgado de familia etc., dada a la madre o padre biológico aportante cónyuge o trabajador (solo para adopción e hijastros).	NO	SI
CONYUGUE COMPAÑERO	Copia cedula legible de ciudadanía del cónyuge 150% (para casados y en unión libre)	SI	SI
	Registro civil de Matrimonio legible, no es válido el acta parroquial (para casados)	SI	SI
	Carta de declaración juramentada de convivencia o acta de conciliación declaración extra juicio firmada por los dos y autenticado por notaria. (para unión libre)	SI	SI
	Formulario diligenciado declaración juramentada de Comfamiliar Risaralda. (para unión libre)	NO	SI
PADRES	Registro civil de nacimiento legible del trabajador legible para confirmar parentesco (para padres)	SI	SI
	Copia de cedula legible de padres al 150% (para padres)	SI	SI
	Certificado de afiliación de EPS como beneficiario en la misma EPS del trabajador ò si son régimen subsidiado, no es válido el ADRES. (para padres)	NO	SI

Firma: Diana K Calvo M
Nombre: Diana Katherine Calvo Mejia
Cedula: 1088306533
Estado Civil: Soltera
¿Usted tiene hijos? Marque con x SI X NO ___

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1089643318

Indicativo Serial: 58308784

58308784

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código M Y V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA NOTARIA 5 PEREIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido: MORALES

Segundo Apellido: CALVO

Nombre(s): ERICK

Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes MAR Día 25

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 164138901

Datos de madre o padre (Para casos de parejas indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CALVO MEJIA DIANA KATHERINE

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1088306533

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de parejas indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MORALES PINEDA JHON EDISON

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1088353577

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MORALES PINEDA JHON EDISON

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1088353577

Firma: Jhon Edison Morales P.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de inscripción: Año 2021 Mes MAR Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza

FERNANDO CHICA RIOS

Nombre y firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

FERNANDO CHICA RIOS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Jhon Edison Morales P.

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - NO SE TOMAN HUELLAS DE ACUERDO A LA CIRCULAR N°084 DEL 01/SEPTIEMBRE/2020 DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL. LIBRO DE: VARIOS TOMO 188 FOLIO 298.;30/03/2021

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Digitized by CamScanner

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.
NIT : 900827895-1 - SEDE PRINCIPAL
LSST No. 463-15, Habilitación No. 6600102626

Calle 23 # 6-17, Pereira - Risaralda
Teléfono : 315 4973648
info@sysseguridadysaludeneltrabajo.com
www.sysseguridadysaludeneltrabajo.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en			Tipo Evaluación - Énfasis		Orden Servicio No.
2025-04-03	PEREIRA (Risaralda)			Pre-Ingreso, Osteomuscular		**1324756**
Nombres y Apellidos				Identificación	Sexo	
DIANA KATHERINE CALVO MEJIA				CC 1088306533	Femenino	
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Indice Masa Corporal	
1993-03-01	32 años	A+	89.7 kilogramos	169 centimetros	31.41	
Dirección Residencia				Teléfonos		
CL 86 #56-10 VILLA DE LEYVA ETAPA 1 BLOQUE 3A APTO 202				3104961184		
Cargo a desempeñar		Empresa		Empresa Usuaria		
SECRETARIO/A		NIT 900879619-6 MISION PLUS S.A.S		SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACION		

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario



Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2025-04-03. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes complementarios no realizados.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud que no interfieren con la capacidad laboral del trabajador ni con los requerimientos del perfil del cargo.
Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Visual, Cardiovascular, Biomecánico.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General, Nutrición y dietética. ..

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista
VICTORIA EUGENIA HURTADO DE LA ROCHE
Registro No.: RM 18-170
LSST.: LPSST 138-21

Firma del Usuario
DIANA KATHERINE CALVO MEJIA
CC.: 1088306533

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/mp6ey372-9ykx-fvwr-x4h0-1tznxjwdrk04
Fecha Impresión: 2025-04-03 08:33:14 493497

RECOMENDACIONES MÉDICAS PARA EL USUARIO

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2025-04-03	PEREIRA (Risaralda)	Pre-Ingreso, Osteomuscular	**1324756**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
DIANA KATHERINE CALVO MEJIA	CC 1088306533	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Indice Masa Corporal
1993-03-01	32 años	A+	89.7 kilogramos	169 centimetros	31.41

EPS	ARL	AFP
Salud Total	- No Recuerda -	Porvenir

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
SECRETARIO/A	NIT 900879619-6 MISION PLUS S.A.S	SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACION

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario



Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2025-04-03, el médico especialista VICTORIA EUGENIA HURTADO DE LA ROCHE generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas.
- Reducir el consumo de sal, embutidos, enlatados y productos de paquete.
- Evitar alimentos con elevado contenido de grasa.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Bajar de peso.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Control en programa de riesgo cardiovascular.
- Control visual anual.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General, Nutrición y dietética. ..

RECOMENDACIONES LABORALES PARA EL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiente Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.

Otras Recomendaciones: VALORACION POR MEDICO Y NUTRICION PARA CONTROL DE PESO. INGRESO AL PROGRAMA DE CONTROL DE PESO Y RIESGO CARDIOVASCULAR SE RECOMIENDA USO DE FÓRMULA DE LENTES, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL

La empresa **MISION PLUS S.A.S** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Emitido por	Entregado por	Recibido por
VICTORIA EUGENIA HURTADO DE LA ROCHE	**MISION PLUS S.A.S**	**DIANA KATHERINE CALVO MEJIA**
Registro No.: RM 18-170		CC.: 1088306533
LSST: LPSST 138-21		Fecha de recibido: