ARL | sura

Medellín, 08 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 %	
C1088335275	JIMENEZ BRAVO JUAN CAMILO	09/04/2025		243410g1	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 08/04/2025 13:32:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.0.42.47, 198.143.41.27, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OK Yeminus

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JUAN CAMILO JIMENEZ BRAVO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **1088335275**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1088335275
NOMBRES Y APELLIDOS	JUAN CAMILO JIMENEZ BRAVO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE EL SERVICIO SUSPENDIDO
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	SIN EMPLEADOR VIGENTE
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	257
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	39
EMPLEADOR(ES)	NI 900879619 MISION PLUS S A S DESDE 09/04/2025

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **10/04/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JUAN CAMILO JIMENEZ BRAVO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1088335275** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1088335275
NOMBRES Y APELLIDOS	JUAN CAMILO JIMENEZ BRAVO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE EL SERVICIO SUSPENDIDO
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	SIN EMPLEADOR VIGENTE
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	31/12/2024
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	257
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	39

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **07/04/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

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 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO JIMENEZ BRAVO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.088.335.275**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Abril 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.

Comfamiliar
RISARALDA

EL LIDER DE APORTES Y SUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JIMENEZ BRAVO JUAN CAMILO, identificado(a) con Cedula Ciudadania 1088335275 se encuentra afiliado(a). Actualmente el trabajador tiene la categoría A

Las siguientes personas se encuentran en su grupo familiar, segun el estado que aplique:

Identificación	Nombre Persona	Fec Afilia	Parentesc	Edad	Cert. Escolar	Estado
		0		0	NO PRESENTADO	ACTIVO

Se encuentra afiliado en la(s) siguientes(s) empresas:

RAZÓN SOCIAL	Fec. Ingreso	Fec. Afiliación	Ultimo Periodo Nomina
MISION PLUS S.A.S	20250409	20250411	null

Nota: los beneficiarios entre 12 y 23 años deben acreditar certificado de escolaridad para acceder a los servicios de Comfamiliar Risaralda con su respectiva categoría de afiliados, en caso de no presentarlo deberán cancelar tarifa particular.

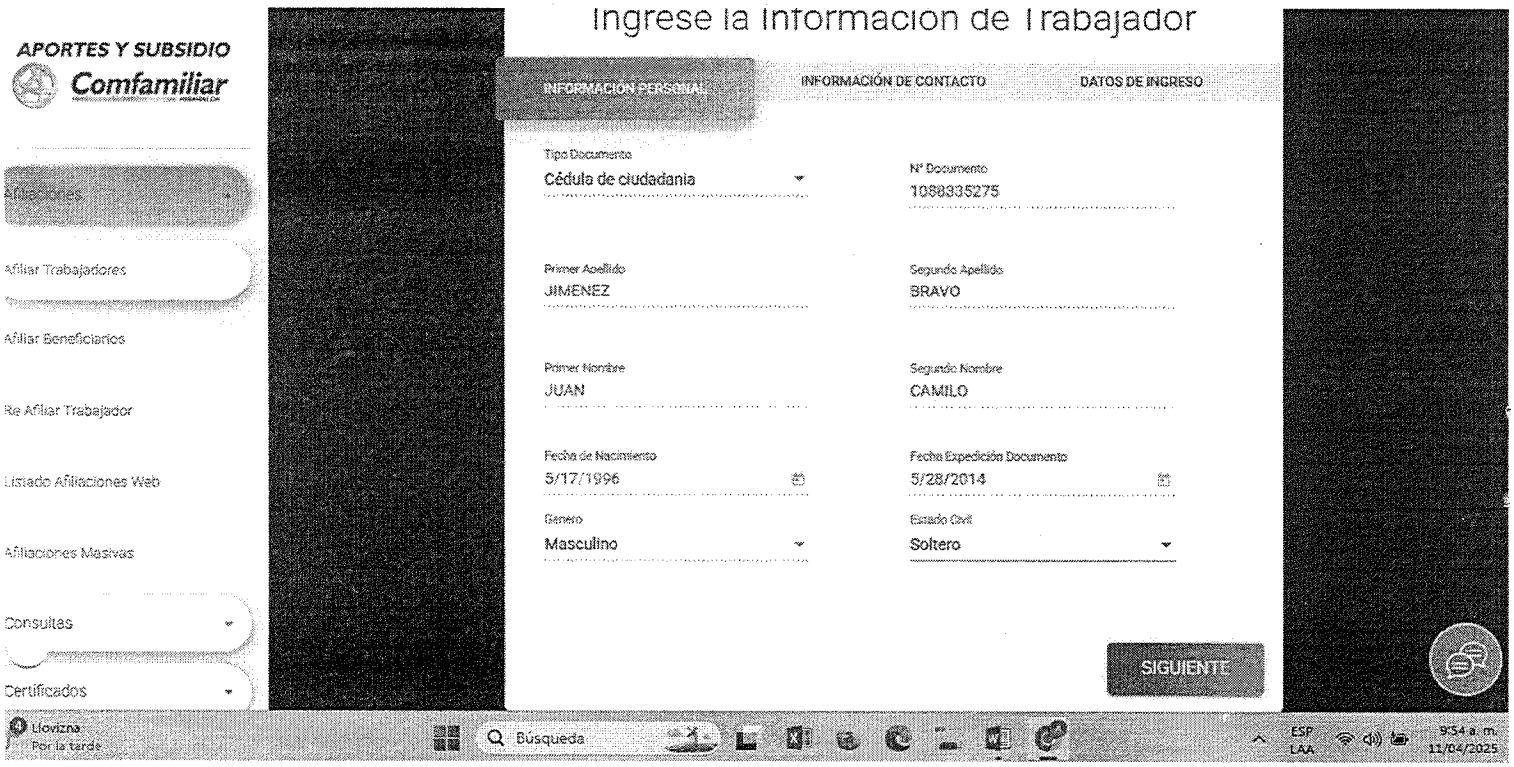
Esta constancia ha sido generada por la empresa a través de la página web de Aportes y Subsidio.

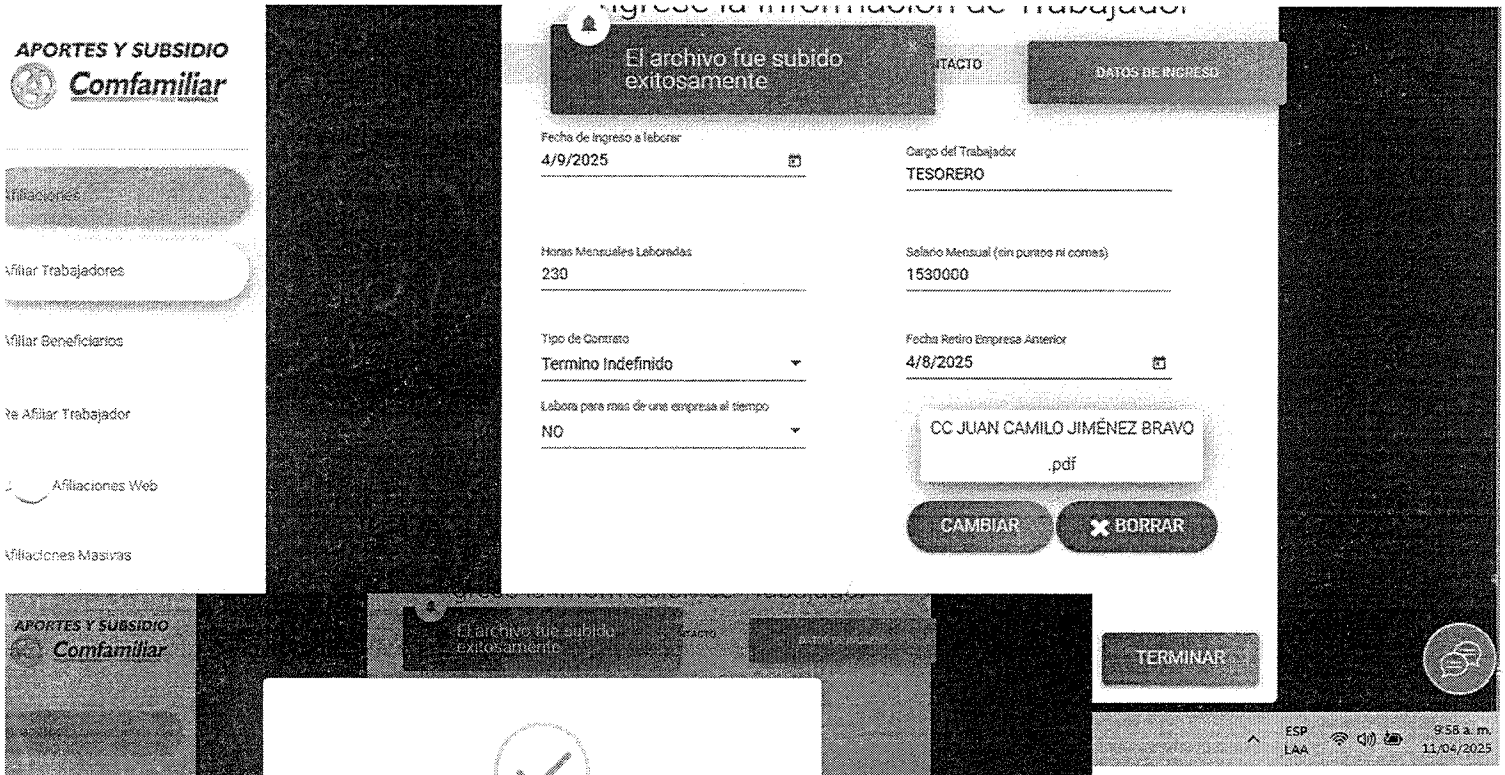
Pereira, 20250411

Xiomara Alzate

XIOMARA ALZATE RAMIREZ

Certificado Originalidad


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
Afiliaciones
Afiliar Trabajadores
Afiliar Beneficiarios
Re Afiliar Trabajador
Listado Afiliaciones Web
Afiliaciones Masivas
Consultas
Certificados
Ingrese la Información de Trabajador
INFORMACIÓN PERSONAL
INFORMACIÓN DE CONTACTO
DATOS DE INGRESO
Tipo Documento
Cédula de ciudadanía
Nº Documento
1088335275
Primer Apellido
JIMENEZ
Segundo Apellido
BRAVO
Primer Nombre
JUAN
Segundo Nombre
CAMILO
Fecha de Nacimiento
5/17/1996
Fecha Expedición Documento
5/28/2014
Genero
Masculino
Estado Civil
Soltero
SIGUIENTE
Llovizna
Por la tarde
Búsqueda
ESP
LAA
9:54 a. m.
11/04/2025


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
El archivo fue subido exitosamente
DATOS DE INGRESO
Fecha de Ingreso a laborar
4/9/2025
Cargo del Trabajador
TESORERO
Horas Mensuales Laboradas
230
Salario Mensual (sin puntos ni comas)
1530000
Tipo de Contrato
Termino Indefinido
Fecha Retiro Empresa Anterior
4/8/2025
Labora para mas de una empresa al tiempo
NO
CC JUAN CAMILO JIMÉNEZ BRAVO
.pdf
CAMBIAR
BORRAR
TERMINAR
ESP
LAA
9:56 a. m.
11/04/2025


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
Registro de Trabajador Exitoso
Desea registrar sus personas a cargo?
SI
NO
Búsqueda
ESP
LAA
9:59 a. m.
11/04/2025

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	
no tengo ningun beneficiario											

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: Juan camilo Jimenez B
Nombre: Juan camilo Jimenez B. auc
Cedula: _____
Estado Civil: _____
¿Usted tiene hijos? Marque con x SI __ NO __

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.
2025-04-08	PEREIRA (Risaralda)		Pre-Ingreso, Osteomuscular		**1327875**
Nombres y Apellidos			Identificación		Sexo
JUAN CAMILO JIMENEZ BRAVO			CC 1088335275		Masculino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1996-05-17	28 años	O+	72 kilogramos	180 centimetros	22.22
Dirección Residencia				Teléfonos	
CR 10 #64D-28 BRR LA ALAMEDA				3003848991	
Cargo a desempeñar		Empresa		Empresa Usuaria	
TESORERO/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 2025-04-08. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes complementarios no realizados.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud acordes 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:** Biomecánico.

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
JUAN CAMILO JIMENEZ BRAVO
CC.: 1088335275

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/gp5v6wzq-911x-brv7-qjtq-mhrol4x2er8k
Fecha Impresión: 2025-04-08 09:22:20 493497

RECOMENDACIONES MÉDICAS PARA EL USUARIO

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2025-04-08	PEREIRA (Risaralda)	Pre-Ingreso, Osteomuscular	1327875

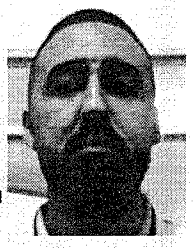
Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
JUAN CAMILO JIMENEZ BRAVO	CC 1088335275	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Indice Masa Corporal
1996-05-17	28 años	O+	72 kilogramos	180 centimetros	22.22

EPS	ARL	AFP
Sura	- No Recuerda -	Porvenir

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
TESORERO/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 2025-04-08, 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.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Control visual anual.

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.

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**	**JUAN CAMILO JIMENEZ BRAVO**
Registro No.: RM 18-170		CC.: 1088335275
LSST: LPSST 138-21		Fecha de recibido: