ARL | sura

Medellín, 31 de March 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 %
C6240181	PEÑA VALENCIA JHON FREDDY	01/04/2025		RN140s15	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 31/03/2025 16:36:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.0.33.223, 198.143.41.35, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

nx Yeminos

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Paz de tu bienestar

No. De Radicado	Fecha de Radicado
AFI-0011501O	01 04 2025

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: 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. Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Peña	Segundo apellido: Valencia	Primer nombre: Jhon	Segundo nombre: Fredy

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	6240181	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
Col	País: Colombia	Departamento: Valle	Municipio: Cartago	28 12 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI ☐ NO ☒ Categoría de discapacidad	SI ☐ NO ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	Provenír	1430000	

26. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Calle 36 #35B-08 Torre 2 APTO 701		3186849109	jhonfredypenavalencia@gmail.com

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Risaralda	Pereira	Villa Verde	Cabecera Municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49.			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia						52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Misión Plus SAS	NIT	900879619-6	

59. Ubicación				
Dirección: Cra 9 #19-28 OFC 304	Teléfono fijo o Celular: 3148919	Correo electrónico: recursoshumanos@misionplus.com	Departamento: Rda	Municipio/Distrito: Pereira

VIGILADO Supersalud

B. REPORTE DE NOVEDADES

50. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
- [ ] 7. Inclusión 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 relación laboral o pérdida 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. [X] 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 trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	01 04 2025	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorizacion para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por 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 Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la encuesta del Sisben 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la [illegible], Institución [illegible]
Jhon Freddy Peña V.	Katherin Torres

MISIÓN PLUS SERVICIOS TEMPORALES NIT. 900.879.619-6

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:									

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos [ ]

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

Observaciones: [ ]

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

COOSALUD

En pro de tu bienestar

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-6240181
Nombres:	JHON FREDDY
Apellidos:	PEÑA VALENCIA
No. de Carnet:	CCA27F002296C7F04941A674120695E6
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	
Estado de afiliación:	Retirado
Régimen:	Contributivo
IPS:	
Departamento - Municipio:	VALLE-CARTAGO
Categoría:	A

OBSERVACIONES:

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

La anterior certificación se expide y firma el Thursday, March 27, 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta el Thursday, April 27, 2025

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

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:

JHON FREDDY PEÑA VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **6.240.181**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Marzo 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.

Comfamiliar
RISARALDA

EL LIDER DE APORTES Y SUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) PEÑA VALENCIA JHON FREDDY, identificado(a) con Cedula Ciudadania 6240181 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	20250401	20250408	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.

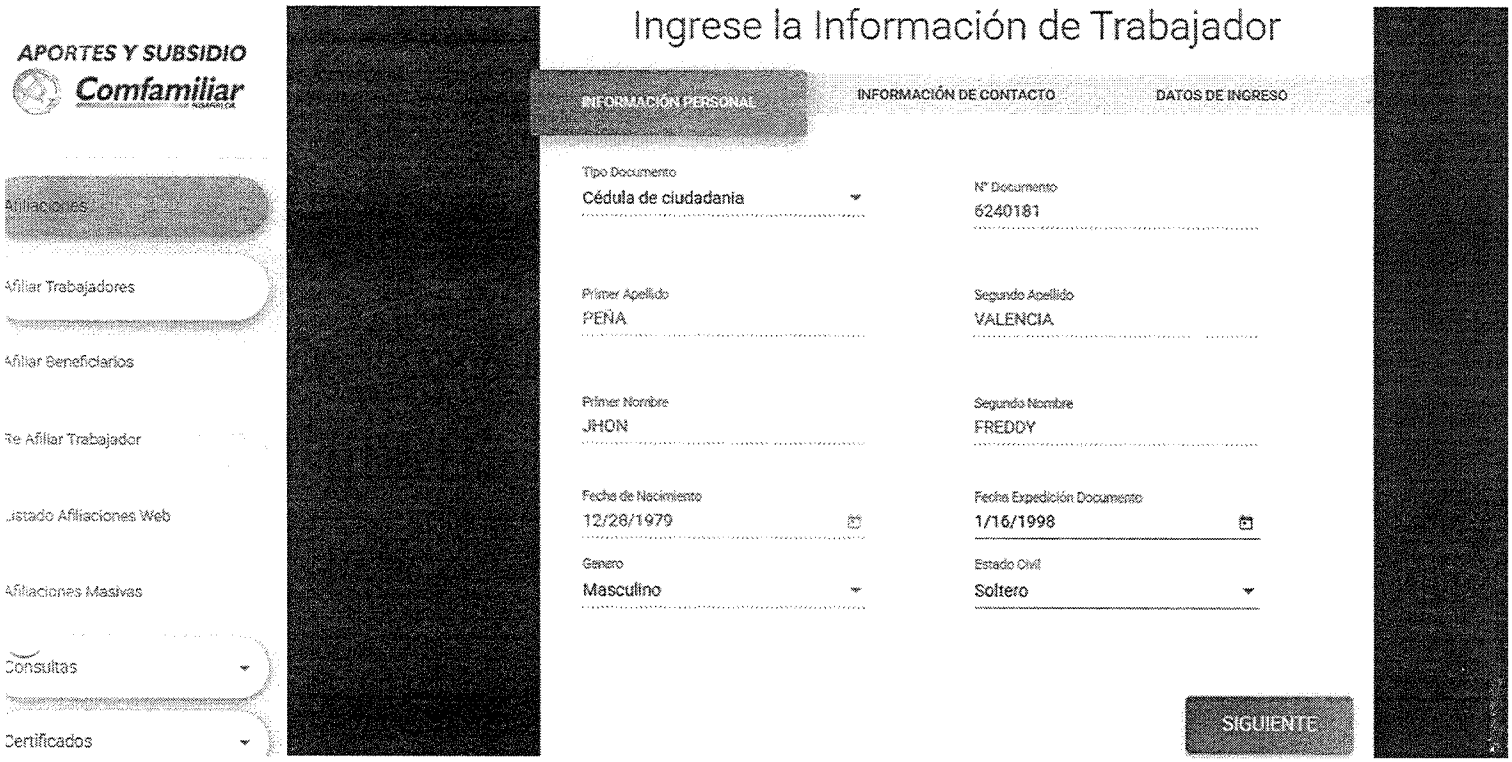
Esta constancia ha sido generada por la empresa a través de la página web de Aportes y Subsidio.

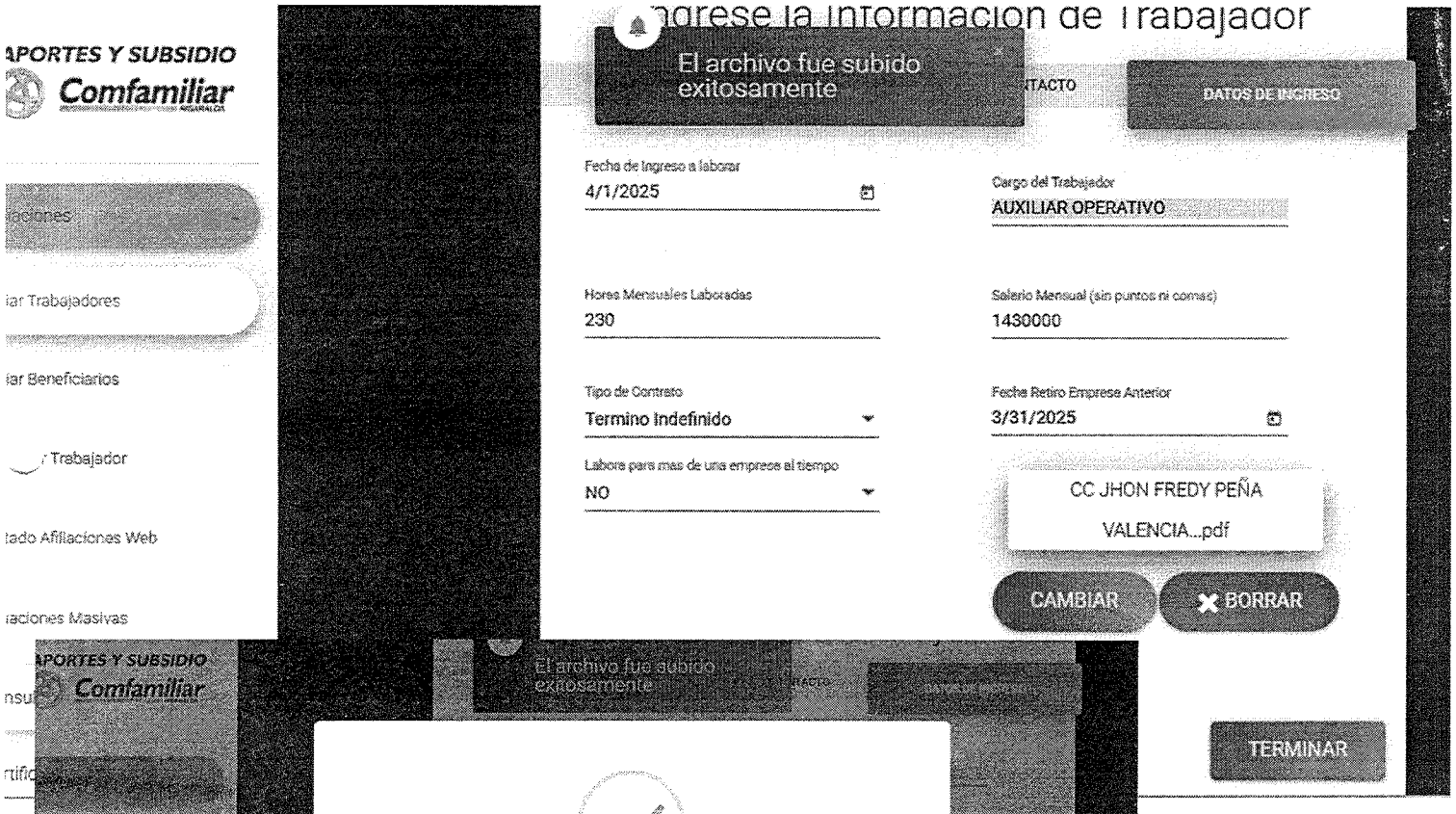
Pereira, 20250411

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 ciudadania
N° Documento
6240181
Primer Apellido
PEÑA
Segundo Apellido
VALENCIA
Primer Nombre
JHON
Segundo Nombre
FREDDY
Fecha de Nacimiento
12/28/1979
Fecha Expedición Documento
1/16/1998
Genero
Masculino
Estado Civil
Soltero
SIGUIENTE


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
El archivo fue subido exitosamente
DATOS DE INGRESO
Fecha de Ingreso a laborar
4/1/2025
Cargo del Trabajador
AUXILIAR OPERATIVO
Horas Mensuales Laboradas
230
Salario Mensual (sin puntos ni comas)
1430000
Tipo de Contrato
Termino Indefinido
Fecha Retiro Empresa Anterior
3/31/2025
Labora para mas de una empresa al tiempo
NO
CC JHON FREDY PEÑA VALENCIA...pdf
CAMBIAR
BORRAR
TERMINAR


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

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	Copia legible del registro civil para hijos menores de 7 años	SI	SI
	Copia legible de tarjeta de identidad y registro civil para hijos de 7 años en adelante	SI	SI
	Copia legible certificado de estudio para hijos mayores de 12 años	NO	SI
	Copia legible registro civil y cedula de ciudadanía hijos mayores de 18 años, hasta 25 años	SI	NO
	Copia certificado médico EPS donde conste la discapacidad física	NO	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).	NO	SI
CONYUGUE COMPAÑERO	Copia cedula legible de ciudadanía del cónyuge 150%	SI	SI
	Registro de matrimonio en caso de ser 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 para Comfamiliar Rda.	NO	SI
PADRES	Registro civil de nacimiento legible del trabajador para confirmar parentesco	SI	SI
	Copia de cedula legible de padres al 150%	SI	SI
	Certificado de afiliación de EPS como beneficiario en la misma EPS del trabajador.	NO	SI

Firma: Jhon F Perea
Nombre: Jhon Freddy Perea Valencia
Cedula: 6 240 181
Estado Civil: Union libre
¿Usted tiene hijos? Marque con x SI X **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.
2025-03-28	PEREIRA (Risaralda)		Pre-Ingreso, Osteomuscular		**1320244**
Nombres y Apellidos				Identificación	Sexo
JHON FREDDY PEÑA VALENCIA				CC 6240181	Masculino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1979-12-28	45 años	O+	74 kilogramos	166 centimetros	26.85
Dirección Residencia				Teléfonos	
CL 36 #35B-08 TORRE 2 APTO 701 MIRADOR DE VILLA VERDE				3186849109	
Cargo a desempeñar		Empresa		Empresa Usuaria	
AUXILIAR OPERATIVO/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 2025-03-28. 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, 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
JHON FREDDY PEÑA VALENCIA
CC.: 6240181

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/gdkwv2x3-9v5e-uq8k-12il-rb4ny56qzm8p
Fecha Impresión: 2025-03-28 08:22:54 493497

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS PARA EL USUARIO

Fecha Emisión: 2025-03-28
Realizado en: PEREIRA (Risaralda)
Tipo Evaluación - Énfasis: Pre-Ingreso, Osteomuscular
Orden Servicio No.: **1320244**

Nombres y Apellidos: JHON FREDDY PEÑA VALENCIA
Identificación: CC 6240181
Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 1979-12-28
Edad: 45 años
Tipo Sangre - Rh *: O+
Peso: 74 kilogramos
Talla: 166 centimetros
Indice Masa Corporal: 26.85

EPS: Coosalud EPS
ARL: - No Recuerda -
AFP: Porvenir

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

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



Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2025-03-28, 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 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: 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
VICTORIA EUGENIA HURTADO DE LA ROCHE
Registro No.: RM 18-170
LSST: LPSST 138-21

Entregado por
MISION PLUS S.A.S

Recibido por
JHON FREDDY PEÑA VALENCIA
CC.: 6240181
Fecha de recibido: