ARL | sura

Medellín, 22 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 %	
C1088038802	ZAPPA BETANCUR LAURA TATIANA	23/04/2025		90m22559	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 22/04/2025 11:22:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.0.45.245, 198.143.41.47, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OK temimos

ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900.935.126

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) LAURA TATIANA ZAPPA BETANCUR identificado(a) con CC 1088038802, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de ASMET SALUD EPS SAS por MISION PLUS SAS NI 900879619 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
23/abr./2025	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
23/may./2025	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 24 días del mes de abr. de 2025.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de ASMET SALUD EPS SAS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000913876 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

ASMET SALUD EPS S.A.S NIT 900935126

ASMET SALUD EPS
..cuida la salud de mi familia!

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

NUMERO DE RADICACIÓN:

FECHA DE RADICACIÓN: 23/04/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [✓] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia [✓] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] c. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(A registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ZAPPA	BETANCUR	LAURA	TATIANA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1088038802	Femenino [✓] Masculino [ ]	30 / 08 / 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo Poblacional
NA	Tipo NA — Condición T [ ] P [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	PROTECCION	1430000

18. Residencia

Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
MZ 8 CASA 25 PISO 2		(313) 782-5966	laurazappa11@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
DOSQUEBRADAS	Urbana [✓] Rural [ ]	VILLAS DE SANTA MONICA	RISARALDA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
NA		Femenino [✓] Masculino [ ]	/ /

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	ZAPPA	GIL	JULIO	CESAR
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	CC			✓	20 / 02 / 1970
B2	NA			✓	/ /
B3	NA				DD / MM / AAAA
B4	NA				DD / MM / AAAA
B5	NA				DD / MM / AAAA

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: FISICA	NEURO SENSORIAL	MENTAL	Condición: T	P
B1	PD	NA					
B2	NA	NA					
B3	NA	NA					
B4	NA	NA					
B5	NA	NA					

	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y /o celular	33. Valor de la UPS del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
MISION PLUS S.A.S	NIT	900879619-6	

39. Ubicación				
Dirección: CRA 7 Nº 19- 28 OFC 304	314-8919 (Teléfono)	RECURSOSHUMANOS@ESTMISIONPLUS.COM (Correo electrónico)	PEREIRA (Municipio/Distrito)	RISARALDA (Departamento)

VIGILADO Supersalud

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [x] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 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.Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12.Desvinculacion de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14.Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	**42. Fecha**
NA		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA	23 04 2025

43.EPS anterior	**44. Motivo de traslado** Código NA	**45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones**

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afilados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 49. Declaración de no intemación del cotizante cabeza de familia beneficiarios o afiliados adicionale en una is
- [x] 50. Autorización 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.
- [x] 51. Autorización para que la EPS aporte la información que se genere de la afiliación o el reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, dea acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envie infuormación al correo electrónico o al celular como mensajes de texto..

VIII. FIRMAS

Laura T Zappa B.	Katherin Torres
54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

MISIÓN PLUS SERVICIOS TEMPORALES NIT. 900.879.619-6

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT	PE	Total
Cantidad:											

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpo y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60 Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones Colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiar o se ordene la afi8liacion de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	**67. Datos del SISBÉN** Número de ficha	Puntaje	Nivel	**68. Fecha de radicación** D D M M A A A A	**69. Fecha de validación** D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número de documento de identidad	**71. Firma del funcionario**

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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1088038802
NOMBRES	LAURA TATIANA
APELLIDOS	ZAPPA BETANCUR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	DOS QUEBRADAS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	01/07/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	04/21/2025 13:53:37	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Protección

Cuéntanos a quién quieres afiliar

Háblanos de tu colaborador

Todos los campos son obligatorios para realizar la afiliación

Sus nombres son **Laura Tatiana**

sus apellidos son **Zappa Betancur**

Nació en **PEREIRA - RISARALDA - COLOMBIA - 66001**

Actualmente vive en **DOSQUEBRADAS - RISARALDA - COLOMBIA**

su dirección es **MZ 8 CS25 PISO 2 VILLAS DE SANTA MONICA**

Y su ocupación es **BIBLIOTECOLOGO**

Sobre su contratación

Su fecha de contratación es **23** de **04** del año **2025**

y tengo un salario mensual de **$ 1,430,000**

Sus beneficiarios

Estos campos son opcionales, puedes continuar sin diligenciarlos

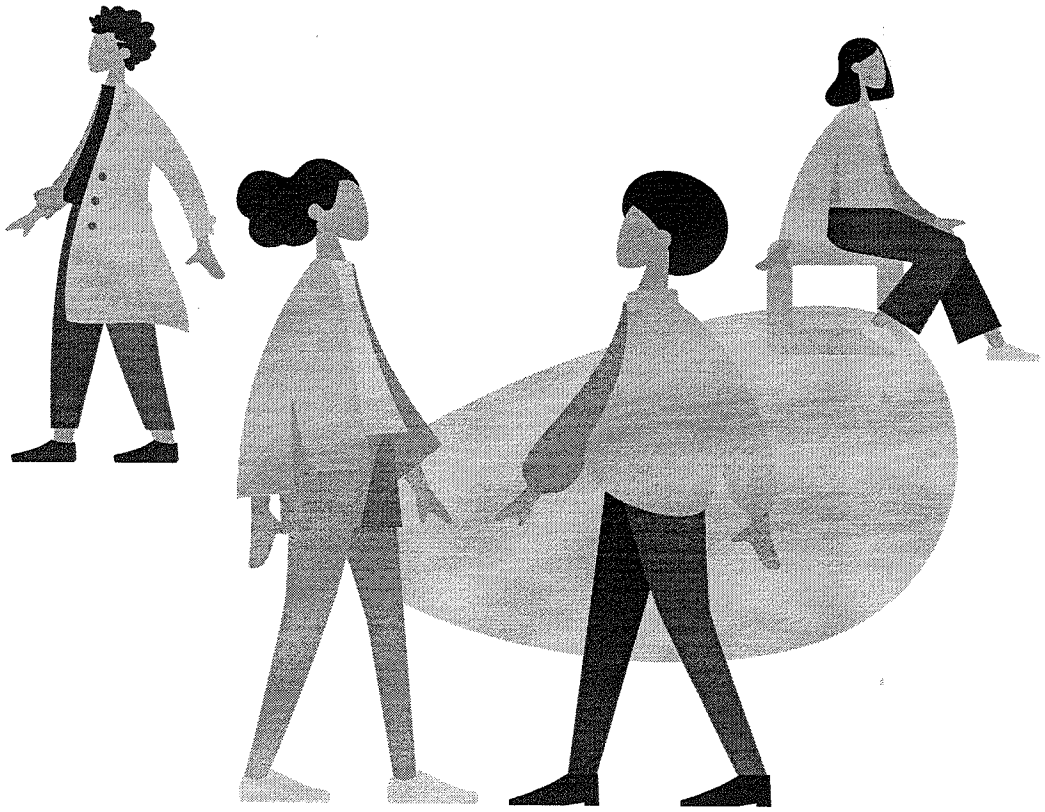
¿Quieres agregar sus beneficiarios? **No**

No te preocupes. Aunque no ingreses beneficiarios, por ley, la familia del colaborador podrá heredar su pensión

Protección

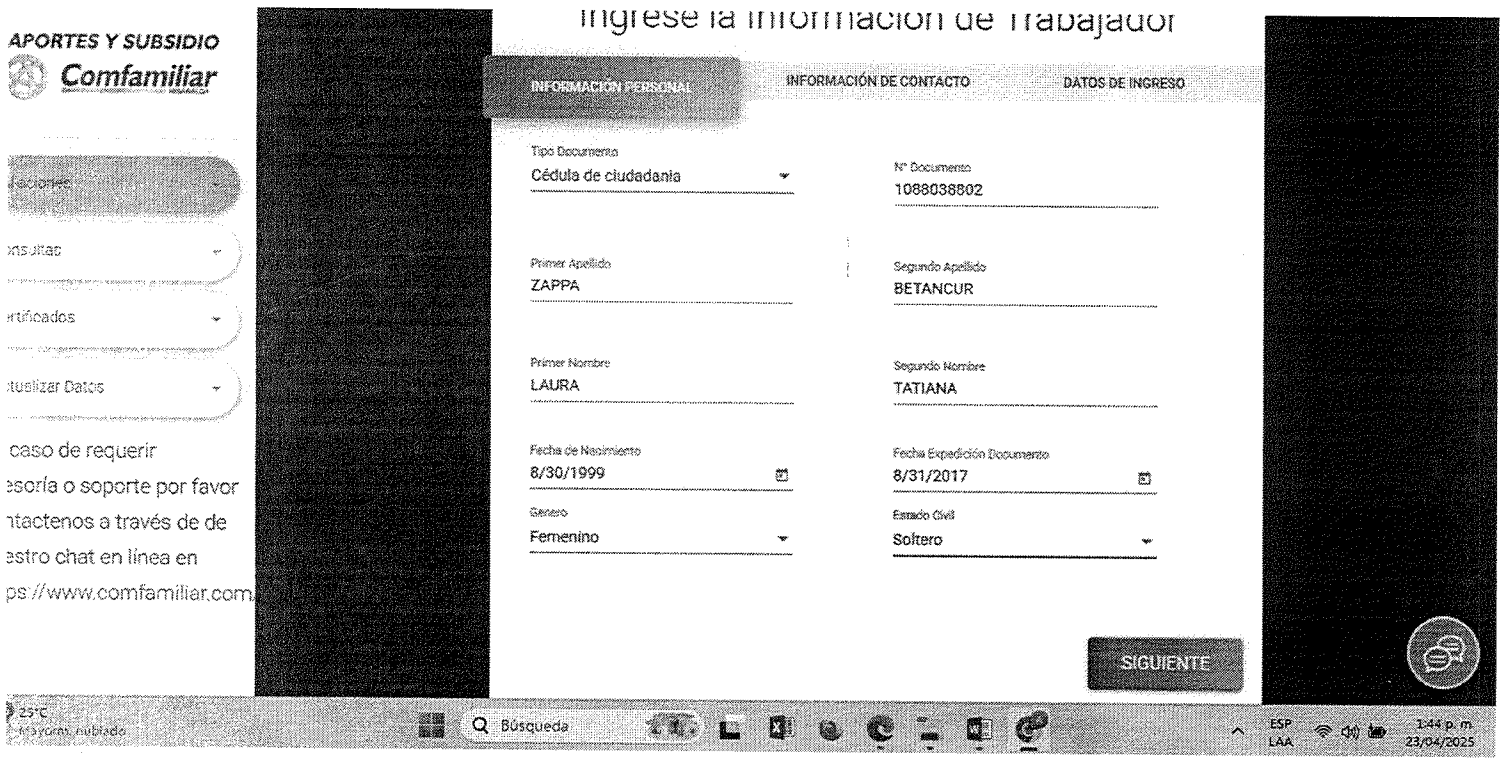
Mision Plus Sas, ¡Gracias!

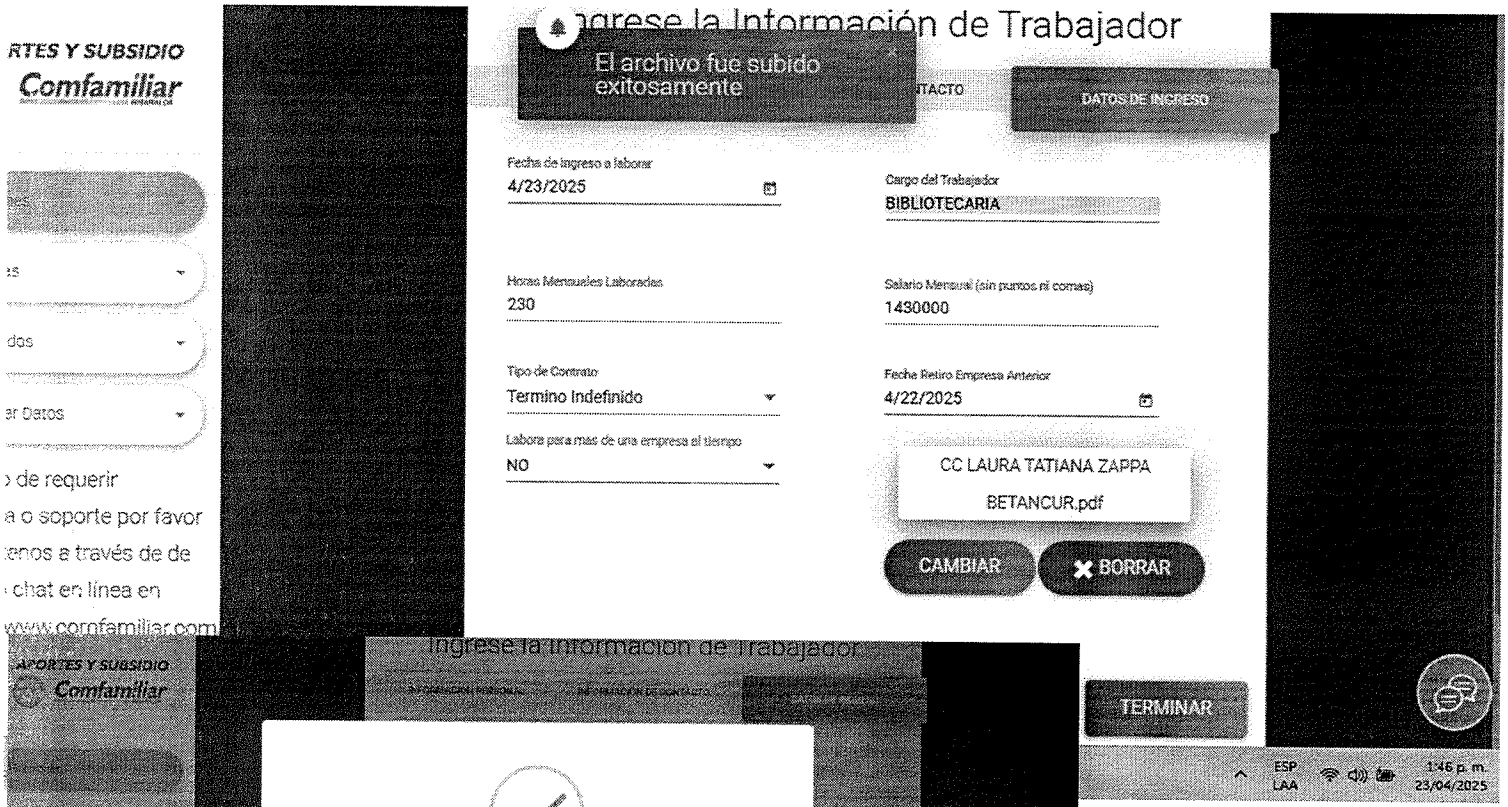
Hemos enviado un mensaje a **Laura Zappa**, al correo **laurazappa11@gmail.com** y al celular **313 782 59 66**, quien deberá confirmar y aceptar su afiliación para finalizar este proceso. En los próximos días te estaremos enviando un correo electrónico con el **certificado de afiliación**



Realizar otra afiliación

Conoce nuestros privilegios


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
caso de requerir
esoría o soporte por favor
ntactenos a través de de
estro chat en línea en
ps://www.comfamiliar.com
Ingrese la Información de Trabajador
INFORMACIÓN PERSONAL
INFORMACIÓN DE CONTACTO
DATOS DE INGRESO
Tipo Documento
Cédula de ciudadanía
N° Documento
1088038802
Primer Apellido
ZAPPA
Segundo Apellido
BETANCUR
Primer Nombre
LAURA
Segundo Nombre
TATIANA
Fecha de Nacimiento
8/30/1999
Fecha Expedición Documento
8/31/2017
Genero
Femenino
Estado Civil
Soltero
SIGUIENTE
Búsqueda
ESP
LAA
1:44 p. m.
23/04/2025


RTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
de requerir
a o soporte por favor
enos a través de de
chat en línea en
www.comfamiliar.com
Ingrese la Información de Trabajador
El archivo fue subido exitosamente
DATOS DE INGRESO
Fecha de Ingreso a laborar
4/23/2025
Cargo del Trabajador
BIBLIOTECARIA
Horas Mensuales Laboradas
230
Salario Mensual (sin puntos ni comas)
1430000
Tipo de Contrato
Termino Indefinido
Fecha Retiro Empresa Anterior
4/22/2025
Labora para mas de una empresa al tiempo
NO
CC LAURA TATIANA ZAPPA BETANCUR.pdf
CAMBIAR
BORRAR
TERMINAR
ESP
LAA
1:46 p. m.
23/04/2025


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
Ingrese la Información de Trabajador
Registro de Trabajador Exitoso
Desea registrar sus personas a cargo?
SI
NO
Búsqueda

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	
Julio Cesar Zoppa Gil	55	20	02	1970		X	X			X	Padre

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: Laura T Zoppa B
Nombre: Laura Tatiana Zoppa Betancur
Cedula: 1088038802
Estado Civil: Soltera
¿Usted tiene hijos? Marque con x SI __ NO X

A DE COLOMBIA
CIVIL

IDENTIFICACION Nº

7351357

REGISTRO DE NACIMIENTO

(1) Parte básica: 99 08 30 | (2) Parte compl.:

(3) Clase (Notaría, Consulado, Corregiduría, Estado Civil, Inspección, etc.): NOTARIA SEXTA

(4) Municipio y Departamento: RISARALDA, PEREIRA

(5) Código: 5139

SECCION GENERICA

(6) Primer apellido: ZAPPA

(7) Segundo apellido: BETANCUR

(8) Nombres: LAURA TATIANA

(9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO: FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO: (10) Día: 30 | (11) Mes: AGOSTO | (12) Año: 1.999

(13) País: COLOMBIA

(14) Departamento: RISARALDA

(15) Municipio: PEREIRA

SECCION ESPECIFICA

(16) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL SAN JORGE

(17) Hora: 1845pm

(18) Documento presentado -Antecedente (Cert. médico, Acta parroquial, etc.): CONSTANCIA DE NACIDO VIVO

(19) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: DR GABRIEL MARTINEZ

(20) Nº licencia: 595

(21) Apellidos (de soltera): BETANCUR CALVO

(22) Nombres: ESPERANZA

(23) Edad al momento del parto: 32

(24) Identificación (clase y número): CCNO. 42.091.731

(25) Nacionalidad: COLOMBIANA

(26) Profesión u oficio: HOGAR

(27) Apellidos: ZAPPA GIL

(28) Nombres: JULIO CESAR

(29) Edad al momento del parto: 29

(30) Identificación (clase y número): CCNO.10.136.668

(31) Nacionalidad: COLOMBIANO

(32) Profesión u oficio: CONSTRUCTOR

(33) Identificación (clase y número): CCNO. 10.136.668

(34) Firma (autógrafa): Julio C. Zappa G.

(35) Dirección postal: MANZ 8 c 25 villasanta [illegible] donquebradas

(36) Nombre: JULIO CESAR ZAPPA GIL

(37) Identificación (clase y número):

(38) Firma (autógrafa):

(39) Domicilio (Municipio):

(40) Nombre:

(41) Identificación (clase y número):

(42) Firma (autógrafa):

(43) Domicilio (Municipio):

(44) Nombre:

Firma (autógrafa) del funcionario ante quien se hizo el registro

(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

(45) Día: 09 | (46) Mes: SEPTIEMBRE | (47) Año: 1999

(48) Nombre del funcionario ante quien se hizo el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10-0 VI-77

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 10.136.668

ZAPPA GIL

APELLIDOS

JULIO CESAR

NOMBRES



FIRMA

Scanned with CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **20-FEB-1970**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

25-JUL-1988 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-2400100-01221899-M-0010136668-20210312 **0073**739412A 1 9914953809

Scanned with 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.
2025-04-22	PEREIRA (Risaralda)		Pre-Ingreso, Osteomuscular		**1335439**
Nombres y Apellidos			Identificación		Sexo
LAURA TATIANA ZAPPA BETANCUR			CC 1088038802		Femenino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1999-08-30	25 años	O+	54 kilogramos	153 centimetros	23.07
Dirección Residencia				Teléfonos	
MZ 8 CS 25 P 2 VILLAS DE SANTA MONICA				3137825966	
Cargo a desempeñar		Empresa		Empresa Usuaria	
BIBLIOTECARIC/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 2025-04-22. 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
LAURA TATIANA ZAPPA BETANCUR
CC.: 1088038802

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/3684ldvj-n76z-bqev-w2ae-lsd905kmwlqy
Fecha Impresión: 2025-04-22 09:47:51 493497

RECOMENDACIONES MÉDICAS PARA EL USUARIO

Fecha Emisión	Realizado en		Tipo Evaluación - Énfasis		Orden Servicio No.
2025-04-22	PEREIRA (Risaralda)		Pre-Ingreso, Osteomuscular		**1335439**
Nombres y Apellidos			Identificación		Sexo
LAURA TATIANA ZAPPA BETANCUR			CC 1088038802		Femenino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Indice Masa Corporal
1999-08-30	25 años	O+	54 kilogramos	153 centimetros	23.07
EPS		ARL		AFP	
Asmet Salud		- No Recuerda -		- No Tiene -	
Cargo a desempeñar		Empresa		Empresa Usuaria	
BIBLIOTECARIO/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 2025-04-22, 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.

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**	**LAURA TATIANA ZAPPA BETANCUR**
Registro No.: RM 18-170		CC.: 1088038802
LSST: LPSST 138-21		Fecha de recibido: