CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 6 de febrero de 2,023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información:

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1006196141
Nombre	: LUILLY DANIEL ARROYO MOSQUERA
Empresa/Contratante	: SEINCO ARQUITECTURA SAS
Tipo Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901424154
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/02/03
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/02/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Estado

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

VIGILADO SuperSubsidio

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1006196141
NOMBRES Y APELLIDOS	Arrollo Mosquera Luilly Daniel
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	05/03/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Arrollo Mosquera Luilly Daniel, a los 06 días del mes de febrero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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:

LUILLY DANIEL ARROYO MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.196.141**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Febrero del 2024.

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.

Medellín, 08 de February de 2024

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 SEINCO ARQUITECTURA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1006196141	ARROYO MOSQUERA LUILLY DANIEL	09/02/2024		528159I1	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 08/02/2024 10:00:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.28.104.6, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 8361 de 25/09/2023
Calle 71 #29-30 Barrio La Merced, Norte
Teléfonos: 5266010-3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(LABORES OPERATIVAS)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**SEINCO S.A.S.**												
Empresa Usuaria:	**SEINCO S.A.S.**			**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**						
Actividad Económica:	**SEÑALIZACIÓN VIAL**	**Fecha**	**Día**	**03**	**Mes**	**FEBRERO**	**Año**	**2024**					
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**ARROYO MOSQUERA LUILLY DANIEL**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**0+**			
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.006.196.141**	**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**21**		
CARGO A DESEMPEÑAR:	**AYUDANTE**									**NIVEL DE ESTUDIOS**	**10**		
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**SANITAS**	**A.R.I.**	**SURA**				**A.F.P.**	**PORVENIR**				
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**								
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFERENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.**												

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	**RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:**															
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE						NO	X	SI			
VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS						NO	X	SI			
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		OBSTRUCTIVA			PATRÓN RESTRICTVO				PATRÓN MIXTO				
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	**DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:**		Dental		Cardiovascular	**X**	Osteo-articular		Visual			Otro				
EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL					**X**	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL									

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES		**SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS:**
CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	**X**	
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
APLAZADO		**SI**

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	**NO**	**SI**	**CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO**											
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		**X**	**CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y ESPACIOS CONFINADOS.**											
VISUAL		**X**	**USAR PROTECTOR VISUAL**	NO		SI	X	**DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS**	NO	X	SI		
CARDIOVASCULAR	**X**		**RECOMENDACIONES DIETARIAS**	NO	X	SI		**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	X	SI		
AUDITIVO		**X**	**PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE**	NO		SI	X	**LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS**	NO	X	SI		
ERGONÓMICO		**X**	**HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA**	NO		SI	X	**LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS**	NO	X	SI		
RESPIRATORIO		**X**	**USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA**	NO		SI	X	**MEDIDAS ADICIONALES: SEGUIMIENTO O REMISIÓN**	NO	X	SI		
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		**X**	**CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO**	NO		SI	X	**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	X	SI		
RIESGO PSICO-SOCIAL		**X**	**HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL**	NO	X	SI		**MEDIDAS ADICIONALES**	NO	X	SI		
RIESGO BIOLÓGICO		**X**	**VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA**	NO		SI	X	**INMUNIZACIONES ADICIONALES**	NO	X	SI		

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL.
DEJAR DE FUMAR.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017	
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT: 900380757-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC: 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANENTER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.033.516**

FRANCO GALVIS

APELLIDOS

ANDRES GIOVANNY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-1982**

BOGOTA D.C.

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-JUL-2000 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500112-42121083-M-0080033516-20041027 **05894** 04300B 02 152939426

Medellín, 08 de febrero de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que ANDRES GIOVANNY FRANCO GALVIS identificado(a) con cédula de ciudadanía 80033516 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 24/08/2022 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SEINCO ARQUITECTURA SAS N901424154

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5431202 - PREPARACIÓN DEL TERRENO, INCLUYE LA PREPARACIÓN DEL TERRENO PARA POSTERIORES ACTIVIDADES, EXPLOTACIÓN DE MINAS Y CANTERAS, DRENAJE DE TERRENOS DE CONSTRUCCIÓN Y DE TIERRAS AGRÍCOLAS O FORESTALES

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5431202 - PREPARACIÓN DEL TERRENO, INCLUYE LA PREPARACIÓN DEL TERRENO PARA POSTERIORES ACTIVIDADES, EXPLOTACIÓN DE MINAS Y CANTERAS, DRENAJE DE TERRENOS DE CONSTRUCCIÓN Y DE TIERRAS AGRÍCOLAS O FORESTALES

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5431202 - PREPARACIÓN DEL TERRENO, INCLUYE LA PREPARACIÓN DEL TERRENO PARA POSTERIORES ACTIVIDADES, EXPLOTACIÓN DE MINAS Y CANTERAS, DRENAJE DE TERRENOS DE CONSTRUCCIÓN Y DE TIERRAS AGRÍCOLAS O FORESTALES

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5431202

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C800335162403935322

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: 08/02/2024 9.48 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANDRES GIOVANNY FRANCO GALVIS identificado(a) con CC 80033516 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	10/11/2018
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 12 días del mes febrero del 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

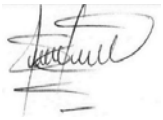
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDRES GIOVANNY FRANCO GALVIS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80033516,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de febrero de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20,746

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FRANCO GALVIS ANDRES GIOVANNY	MASCULINO	41 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	80033516 (Número)
	Teléfonos			

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
CONTROL FACTORES DE RIESGO		CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R. M.: 86140 -2010 **L.S.O.:** 5128

Código de Seguridad
N367T1Z20746

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: FRANCO GALVIS ANDRES GIOVANNY

CC: 80033516

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANDRES GIOVANNY FRANCO GALVIS identificado(a) con CC 80033516 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	10/11/2018
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 12 días del mes febrero del 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20.746

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

FRANCO GALVIS ANDRES GIOVANNY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO Teléfonos	41 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	CC Tipo	80033516 Número

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
CONTROL FACTORES DE RIESGO		CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R. M.: 86140 -2010 **L.S.O.:** 5128

Código de Seguridad
N367T1Z20746

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: FRANCO GALVIS ANDRES GIOVANNY

CC: 80033516

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDRES GIOVANNY FRANCO GALVIS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80033516,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de febrero de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

80.033.516

NUMERO

FRANCO GALVIS

APELLIDOS

ANDRES GIOVANNY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1982

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-JUL-2000 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500112-42121083-M-0080033516-20041027 05894 04300B 02 152939426


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.012.439.947
NARCISO GONZALEZ
APELLIDOS
JHONATAN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
29-ENE-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01093428-M-1012439947-20190813
0067361576A 2
9909490101

Medellín, 08 de February de 2024

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 SEINCO ARQUITECTURA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1012439947	NARCISO GONZALEZ JHONATAN	09/02/2024		17112920	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 08/02/2024 11:46:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.249.198.207, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, Febrero 8 de 2024

Señor:

JHONATAN NARCISO GONZALEZ
CC. 1012439947
CL 000000000000
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 octubre 24 de 2019. 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

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
SEINCO ARQUITECTURA SAS	901424154	Dependiente	VIGENTE

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,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de febrero de 2,023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información:

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1012439947
Nombre	: JHONATAN NARCISO GONZALEZ
Empresa/Contratante	: SEINCO ARQUITECTURA SAS
Tipo Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901424154
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/05/15
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/05/15
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Estado

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JHONATAN NARCISO GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.439.947**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Febrero del 2024.

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.

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 8361 de 25/09/2023
Calle 71 #29-30 Barrio La Merced, Norte
Teléfonos: 5266010-3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(LABORES OPERATIVAS)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**SEINCO S.A.S.**														
Empresa Usuaria:	**SEINCO S.A.S.**					**Ciudad**	**BOGOTÁ**		**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**					
Actividad Económica:	**SEÑALIZACIÓN VIAL**		**Fecha**	**Día**	**03**	**Mes**	**FEBRERO**		**Año**	**2024**					
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**NARCISO GONZÁLEZ JHONATAN**											**HEMOCLASIFICACIÓN**	**0+**		
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.012.439.947**		**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**27**			
CARGO A DESEMPEÑAR:	**JEFE DE CUADRILLA**											**NIVEL DE ESTUDIOS**	**UI**		
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**SALUD TOTAL**			**A.R.L.**	**SURA**					**A.F.P.**	**COLPENSIONES**			
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**										
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFERENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.**														

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	**RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:**																
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE							NO	X	SI			
VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS							NO	X	SI			
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		OBSTRUCTIVA				PATRÓN RESTRICTVO				PATRÓN MIXTO				
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	**DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:**		Dental		Cardiovascular	**X**	Osteo-articular		Visual		Otro						
EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL					**X**	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL										

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES		**SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS:** **SI**
CON RECOMENDACIONES (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	**X**	
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
APLAZADO		

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	**NO**	**SI**	**CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO**											
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		**X**	**CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y ESPACIOS CONFINADOS.**											
VISUAL		**X**	**USAR PROTECTOR VISUAL**	NO		**SI**	**X**	**DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS**	NO	**X**	**SI**	
CARDIOVASCULAR		**X**	**RECOMENDACIONES DIETARIAS**	NO		**SI**	**X**	**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	**X**	**SI**	
AUDITIVO		**X**	**PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE**	NO		**SI**	**X**	**LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS**	NO	**X**	**SI**	
ERGONÓMICO		**X**	**HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA**	NO		**SI**	**X**	**LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS**	NO	**X**	**SI**	
RESPIRATORIO		**X**	**USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA**	NO		**SI**	**X**	**MEDIDAS ADICIONALES: SEGUIMIENTO O REMISIÓN**	NO	**X**	**SI**	
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		**X**	**CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO**	NO		**SI**	**X**	**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	**X**	**SI**	
RIESGO PSICO-SOCIAL		**X**	**HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL**	NO	**X**	**SI**		**MEDIDAS ADICIONALES**	NO	**X**	**SI**	
RIESGO BIOLÓGICO		**X**	**VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA**	NO		**SI**	**X**	**INMUNIZACIONES ADICIONALES**	NO	**X**	**SI**	

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL.
ELIMINAR AZÚCARES DE LA DIETA: BAJAR DE PESO. DEJAR DE FUMAR.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017	
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT 900380757-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC. 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS. CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATURIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANENTER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Bogotá, Febrero 8 de 2024

Señor:

JHONATAN NARCISO GONZALEZ
CC. 1012439947
CL 000000000000
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 octubre 24 de 2019. 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

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
SEINCO ARQUITECTURA SAS	901424154	Dependiente	VIGENTE

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,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JHONATAN NARCISO GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.439.947**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Febrero del 2024.

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.

Medellín, 08 de February de 2024

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 SEINCO ARQUITECTURA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1012439947	NARCISO GONZALEZ JHONATAN	09/02/2024		17112920	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 08/02/2024 11:46:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.249.198.207, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de febrero de 2,023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información:

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1012439947
Nombre	: JHONATAN NARCISO GONZALEZ
Empresa/Contratante	: SEINCO ARQUITECTURA SAS
Tipo Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901424154
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/05/15
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/05/15
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Estado

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

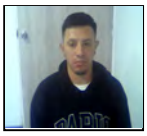
Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

VIGILADO SuperSubsidio

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 8361 de 25/09/2023
Calle 71 #29-30 Barrio La Merced, Norte
Teléfonos: 5266010-3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(LABORES OPERATIVAS)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**SEINCO S.A.S.**												
Empresa Usuaria:	**SEINCO S.A.S.**			**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**						
Actividad Económica:	**SEÑALIZACIÓN VIAL**	**Fecha**	**Día**	**03**	**Mes**	**FEBRERO**	**Año**	**2024**					
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**NARCISO GONZÁLEZ JHONATAN**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**0+**			
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.012.439.947**	**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**27**		
CARGO A DESEMPEÑAR:	**JEFE DE CUADRILLA**									**NIVEL DE ESTUDIOS**	**UI**		
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**SALUD TOTAL**		**A.R.I.**	**SURA**			**A.F.P.**	**COLPENSIONES**				
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**								
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFERENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.**												

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	**RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:**															
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE			NO	X	SI						
VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS			NO	X	SI						
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		OBSTRUCTIVA			PATRÓN RESTRICTVO			PATRÓN MIXTO					
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	**DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:**		Dental		Cardiovascular	**X**	Osteo-articular		Visual		Otro					
EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL					**X**	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL									

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES		**SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS:**
CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	**X**	
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
APLAZADO		**SI**

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	**NO**	**SI**	**CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO**											
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		**X**	**CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y ESPACIOS CONFINADOS.**											
VISUAL		**X**	**USAR PROTECTOR VISUAL**	NO		**SI**	**X**	**DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS**	NO	**X**	**SI**		
CARDIOVASCULAR		**X**	**RECOMENDACIONES DIETARIAS**	NO		**SI**	**X**	**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	**X**	**SI**		
AUDITIVO		**X**	**PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE**	NO		**SI**	**X**	**LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS**	NO	**X**	**SI**		
ERGONÓMICO		**X**	**HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA**	NO		**SI**	**X**	**LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS**	NO	**X**	**SI**		
RESPIRATORIO		**X**	**USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA**	NO		**SI**	**X**	**MEDIDAS ADICIONALES: SEGUIMIENTO O REMISIÓN**	NO	**X**	**SI**		
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		**X**	**CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO**	NO		**SI**	**X**	**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	**X**	**SI**		
RIESGO PSICO-SOCIAL		**X**	**HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL**	NO	**X**	**SI**		**MEDIDAS ADICIONALES**	NO	**X**	**SI**		
RIESGO BIOLÓGICO		**X**	**VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA**	NO		**SI**	**X**	**INMUNIZACIONES ADICIONALES**	NO	**X**	**SI**		

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL.
ELIMINAR AZÚCARES DE LA DIETA: BAJAR DE PESO. DEJAR DE FUMAR.

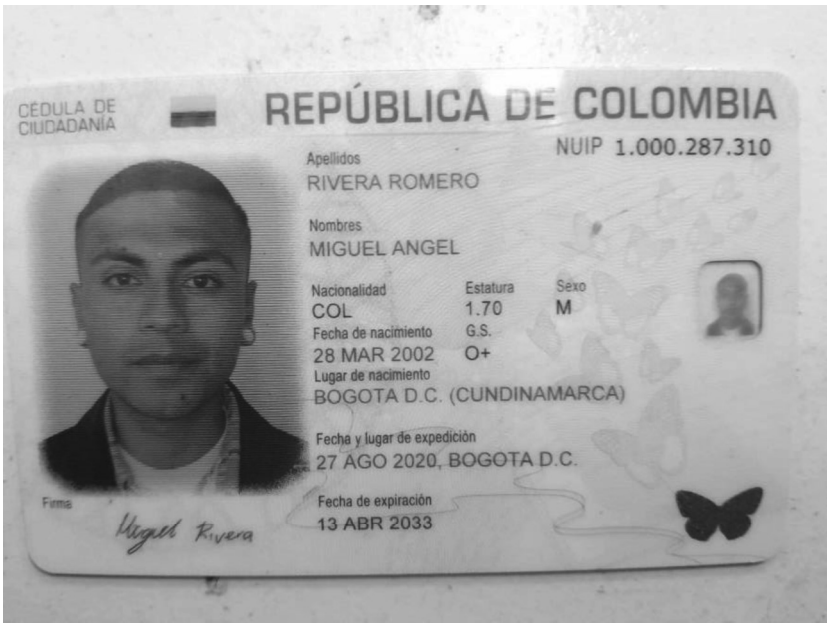
6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017	
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT: 900380757-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC: 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANENTER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.012.439.947
NARCISO GONZALEZ
APELLIDOS
JHONATAN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
29-ENE-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01093428-M-1012439947-20190813
0067361576A 2
9909490101



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.287.310

Apellidos
RIVERA ROMERO

Nombres
MIGUEL ANGEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
28 MAR 2002

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 AGO 2020, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
13 ABR 2033

Firma

Miguel Rivera



.00

020837037

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL020837037415001<<<<<<<<<<
0203281M3304134COL1000287310<1
RIVERA<ROMERO<<MIGUEL<ANGEL<<<

Medellín, 06 de February de 2024

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 SEINCO ARQUITECTURA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000287310	RIVERA MORENO MIGUEL ANGEL	07/02/2024		14225146	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 06/02/2024 10:38:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.28.104.6, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
AFILIADOS COTIZANTES GENERAL

Documento **NI 901424254** Razón social **SEINCO ARQUITECTURA S.A.S**

Identificación	Nombre	Fecha inicio vigencia	Fecha fin vigencia	Periodo inicio obligación pagos
CC 1000287310	MIGUEL ANGEL RIVERA ROMERO	06/02/2024	VIGENTE	02/2024

Total de afiliados cotizantes **1**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de febrero de 2,023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información:

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1000287310
Nombre	: MIGUEL ANGEL RIVERA ROMERO
Empresa/Contratante	: SEINCO ARQUITECTURA SAS
Tipo Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901424154
Fecha de Afiliación a CCF	: 2024/02/07
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2024/02/07
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Estado

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

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:

MIGUEL ANGEL RIVERA ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.287.310**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Febrero del 2024.

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.

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 8361 de 25/09/2023
Calle 71 #29-30 Barrio La Merced, Norte
Teléfonos: 5266010-3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(LABORES OPERATIVAS)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**SEINCO S.A.S.**												
Empresa Usuaria:	**SEINCO S.A.S.**			**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**						
Actividad Económica:	**SEÑALIZACIÓN VIAL**	**Fecha**	**Día**	**03**	**Mes**	**FEBRERO**	**Año**	**2024**					
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**RIVERA ROMERO MIGUEL ÁNGEL**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**0+**			
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.000.287.310**	**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**21**		
CARGO A DESEMPEÑAR:	**AUXILIAR DE SEÑALIZACIÓN VIAL**								**NIVEL DE ESTUDIOS**	**11**			
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**COMPENSAR**		**A.R.L.**	**SURA**			**A.F.P.**	**PORVENIR**				
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**								
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFERENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.**												

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:																	
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE							NO	X	SI				
VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS							NO	X	SI				
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		OBSTRUCTIVA		PATRÓN RESTRICTVO		PATRÓN MIXTO									
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:		Dental		Cardiovascular		Osteo-articular		Visual		Otro							
EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL				X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL												

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES		**SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS:**
CON RECOMENDACIONES (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL	**X**	
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
APLAZADO		**SI**

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		**X**	**CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y ESPACIOS CONFINADOS.**
VISUAL		**X**	**USAR PROTECTOR VISUAL** NO [ ] SI **X** — **DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS** NO [ ] SI **X**
CARDIOVASCULAR	**X**		**RECOMENDACIONES DIETARIAS** NO **X** SI [ ] — **MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN** NO **X** SI [ ]
AUDITIVO		**X**	**PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE** NO [ ] SI **X** — **LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS** NO **X** SI [ ]
ERGONÓMICO		**X**	**HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA** NO [ ] SI **X** — **LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS** NO **X** SI [ ]
RESPIRATORIO		**X**	**USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA** NO [ ] SI **X** — **MEDIDAS ADICIONALES: SEGUIMIENTO O REMISIÓN** NO **X** SI [ ]
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		**X**	**CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO** NO [ ] SI **X** — **MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN** NO **X** SI [ ]
RIESGO PSICO-SOCIAL		**X**	**HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL** NO **X** SI [ ] — **MEDIDAS ADICIONALES** NO **X** SI [ ]
RIESGO BIOLÓGICO		**X**	**VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA** NO [ ] SI **X** — **INMUNIZACIONES ADICIONALES** NO **X** SI [ ]

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. DEJAR DE FUMAR
USAR LENTES CORRECTIVOS.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017	
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT 900380757-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC. 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS. CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATURIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANENTER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de febrero de 2,023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información:

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1000287310
Nombre	: MIGUEL ANGEL RIVERA ROMERO
Empresa/Contratante	: SEINCO ARQUITECTURA SAS
Tipo Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901424154
Fecha de Afiliación a CCF	: 2024/02/07
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2024/02/07
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Estado

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

VIGILADO SuperSubsidio



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.287.310

Apellidos
RIVERA ROMERO

Nombres
MIGUEL ANGEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
28 MAR 2002

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 AGO 2020, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
13 ABR 2033



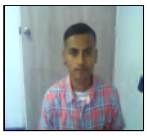
.CO

1020837037

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL020837037415001<<<<<<<<<<
0203281M3304134COL1000287310<1
RIVERA<ROMERO<<MIGUEL<ANGEL<<<

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 8361 de 25/09/2023
Calle 71 #29-30 Barrio La Merced, Norte
Teléfonos: 5266010-3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(LABORES OPERATIVAS)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**SEINCO S.A.S.**												
Empresa Usuaria:	**SEINCO S.A.S.**				**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**					
Actividad Económica:	**SEÑALIZACIÓN VIAL**	**Fecha**	**Día**	**03**	**Mes**	**FEBRERO**	**Año**	**2024**					
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**RIVERA ROMERO MIGUEL ÁNGEL**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**0+**			
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.000.287.310**	**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**21**		
CARGO A DESEMPEÑAR:	**AUXILIAR DE SEÑALIZACIÓN VIAL**									**NIVEL DE ESTUDIOS**	**11**		
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**COMPENSAR**		**A.R.I.**	**SURA**			**A.F.P.**	**PORVENIR**				
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**								
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFERENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.**												

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	**RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:**															
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		**ALTERACIÓN LEVE**	**X**	COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE			NO	**X**	SI						
VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		**ALTERACIÓN LEVE**	**X**	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS			NO	**X**	SI						
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	**X**	**ALTERACIÓN LEVE**		**OBSTRUCTIVA**			**PATRÓN RESTRICTVO**			**PATRÓN MIXTO**					
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	**DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:**		Dental		Cardiovas-cular		Osteo-articular		Visual		Otro					
EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL			**X**	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL											

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES	
CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL	**X**
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
APLAZADO	

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS:

SI

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	**NO**	**SI**	**CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO**
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		**X**	**CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y ESPACIOS CONFINADOS.**
VISUAL		**X**	**USAR PROTECTOR VISUAL** NO: / SI: **X** — **DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS** NO: / SI: **X**
CARDIOVASCULAR	**X**		**RECOMENDACIONES DIETARIAS** NO: **X** / SI: — **MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN** NO: **X** / SI:
AUDITIVO		**X**	**PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE** NO: / SI: **X** — **LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS** NO: **X** / SI:
ERGONÓMICO		**X**	**HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA** NO: / SI: **X** — **LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS** NO: **X** / SI:
RESPIRATORIO		**X**	**USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA** NO: / SI: **X** — **MEDIDAS ADICIONALES: SEGUIMIENTO O REMISIÓN** NO: **X** / SI:
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		**X**	**CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO** NO: / SI: **X** — **MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN** NO: **X** / SI:
RIESGO PSICO-SOCIAL		**X**	**HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL** NO: **X** / SI: — **MEDIDAS ADICIONALES** NO: **X** / SI:
RIESGO BIOLÓGICO		**X**	**VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA** NO: / SI: **X** — **INMUNIZACIONES ADICIONALES** NO: **X** / SI:

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. DEJAR DE FUMAR
USAR LENTES CORRECTIVOS.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017	Miguel Rivera
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT: 900380757-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC: 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANENTER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
AFILIADOS COTIZANTES GENERAL

Documento **NI 901424254** Razón social **SEINCO ARQUITECTURA S.A.S**

Identificación	Nombre	Fecha inicio vigencia	Fecha fin vigencia	Periodo inicio obligación pagos
CC 1000287310	MIGUEL ANGEL RIVERA ROMERO	06/02/2024	VIGENTE	02/2024

Total de afiliados cotizantes **1**

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:

MIGUEL ANGEL RIVERA ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.287.310**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Febrero del 2024.

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.

Medellín, 06 de February de 2024

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 SEINCO ARQUITECTURA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000287310	RIVERA MORENO MIGUEL ANGEL	07/02/2024		14225146	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 06/02/2024 10:38:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.28.104.6, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.007.297.9
RODRIGUEZ ZABALA
APELLIDOS
JOHAN SEBASTIAN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
24-OCT-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
13-NOV-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-1500150-01110993-M 1007297999-20191113
0068929687A 1

Medellín, 06 de February de 2024

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 SEINCO ARQUITECTURA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1007297999	RODRIGUEZ ZABALA JOHAN SEBASTIAN	07/02/2024		m3i20132	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 06/02/2024 16:16:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.28.104.6, 192.230.104.3, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) JOHAN SEBASTIAN RODRIGUEZ ZABALA, identificado con CC 1007297999, se Encuentra Afiliado (a) a Nuestra EPS en condición de 1° COTIZANTE

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	**COBERTURA INICIAL**
IPS Cotizante:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**
Estado:	**ACTIVO**

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE**, a los 08 días del mes de febrero del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
/Director Operaciones
Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de febrero de 2,024

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información:

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1007297999
Nombre	: JOHAN SEBASTIAN RODRIGUEZ ZABALA
Empresa/Contratante	: SEINCO ARQUITECTURA SAS
Tipo Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901424154
Fecha de Afiliación a CCF	: 2024/02/07
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2024/02/07
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Estado

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JOHAN SEBASTIAN RODRIGUEZ ZABALA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.299.999**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de febrero del 2024.

Cordialmente,

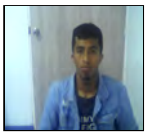


Gerencia de Clientes

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.

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 8361 de 25/09/2023
Calle 71 #29-30 Barrio La Merced, Norte
Teléfonos: 5266010-3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(LABORES OPERATIVAS)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**SEINCO S.A.S.**										
Empresa Usuaria:	**SEINCO S.A.S.**			**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**				
Actividad Económica:	**SEÑALIZACIÓN VIAL**	**Fecha**	**Día**	**03**	**Mes**	**FEBRERO**	**Año**	**2024**			
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**RODRÍGIEZ ZABALA JOHAN SEBASTIAN**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**A+**	
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.007.297.999**	**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**22**
CARGO A DESEMPEÑAR:	**AYUDANTE**								**NIVEL DE ESTUDIOS**	**7**	
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**FAMISANAR**	**A.R.I.**	**SURA**			**A.F.P.**	**PORVENIR**			
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**						
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFERENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.**										

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	**RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:**													
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE					NO	X	SI		
VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS					NO	X	SI		
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		OBSTRUCTIVA		PATRÓN RESTRICTVO			PATRÓN MIXTO				
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	**DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:**		Dental		Cardiovascular		Osteo-articular		Visual		Otro			
EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL			**X**	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL									

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES		**SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS:**
CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	**X**	
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
APLAZADO		**SI**

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	**NO**	**SI**	**CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO**											
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		**X**	**CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y ESPACIOS CONFINADOS.**											
VISUAL		**X**	**USAR PROTECTOR VISUAL**	NO		SI	X	**DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS**	NO	X	SI		
CARDIOVASCULAR	**X**		**RECOMENDACIONES DIETARIAS**	NO	X	SI		**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	X	SI		
AUDITIVO		**X**	**PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE**	NO		SI	X	**LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS**	NO	X	SI		
ERGONÓMICO		**X**	**HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA**	NO		SI	X	**LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS**	NO	X	SI		
RESPIRATORIO		**X**	**USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA**	NO		SI	X	**MEDIDAS ADICIONALES: SEGUIMIENTO O REMISIÓN**	NO	X	SI		
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		**X**	**CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO**	NO		SI	X	**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	X	SI		
RIESGO PSICO-SOCIAL		**X**	**HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL**	NO	X	SI		**MEDIDAS ADICIONALES**	NO	X	SI		
RIESGO BIOLÓGICO		**X**	**VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA**	NO		SI	X	**INMUNIZACIONES ADICIONALES**	NO	X	SI		

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017	Rodriguez Z.
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT: 900380757-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC: 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATURIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANENTER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de febrero de 2,024

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información:

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1007297999
Nombre	: JOHAN SEBASTIAN RODRIGUEZ ZABALA
Empresa/Contratante	: SEINCO ARQUITECTURA SAS
Tipo Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 901424154
Fecha de Afiliación a CCF	: 2024/02/07
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2024/02/07
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Parentesco	Categoría	Recibe Subsidio	Valor Subsidio	Ult.Subsidio Recibido	Estado

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JOHAN SEBASTIAN RODRIGUEZ ZABALA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.299.999**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de febrero del 2024.

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.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.007.297.9
RODRIGUEZ ZABALA
APELLIDOS
JOHAN SEBASTIAN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
24-OCT-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
13-NOV-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-1500150-01110993-M 1007297999-20191113
0068929687A 1

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) JOHAN SEBASTIAN RODRIGUEZ ZABALA, identificado con CC 1007297999, se Encuentra Afiliado (a) a Nuestra EPS en condición de 1° COTIZANTE

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	**COBERTURA INICIAL**
IPS Cotizante:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**
Estado:	**ACTIVO**

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE**, a los 08 días del mes de febrero del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

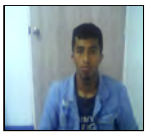
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
/Director Operaciones
Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 8361 de 25/09/2023
Calle 71 #29-30 Barrio La Merced, Norte
Teléfonos: 5266010-3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
Resoluciones: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(LABORES OPERATIVAS)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**SEINCO S.A.S.**										
Empresa Usuaria:	**SEINCO S.A.S.**			**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**				
Actividad Económica:	**SEÑALIZACIÓN VIAL**	**Fecha**	**Día**	**03**	**Mes**	**FEBRERO**	**Año**	**2024**			
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**RODRÍGIEZ ZABALA JOHAN SEBASTIAN**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**A+**	
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.007.297.999**	**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**22**
CARGO A DESEMPEÑAR:	**AYUDANTE**								**NIVEL DE ESTUDIOS**	**7**	
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**FAMISANAR**	**A.R.I.**	**SURA**			**A.F.P.**	**PORVENIR**			
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**						
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFERENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.**										

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	**RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:**													
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE					NO	X	SI		
VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS					NO	X	SI		
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		OBSTRUCTIVA		PATRÓN RESTRICTVO			PATRÓN MIXTO				
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	**DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:**		Dental		Cardiovascular		Osteo-articular		Visual		Otro			
EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL			**X**	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL									

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES		**SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS:**
CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	**X**	
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
APLAZADO		**SI**

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	**NO**	**SI**	**CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO**											
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		**X**	**CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y ESPACIOS CONFINADOS.**											
VISUAL		**X**	**USAR PROTECTOR VISUAL**	NO		SI	X	**DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS**	NO	X	SI		
CARDIOVASCULAR	**X**		**RECOMENDACIONES DIETARIAS**	NO	X	SI		**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	X	SI		
AUDITIVO		**X**	**PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE**	NO		SI	X	**LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS**	NO	X	SI		
ERGONÓMICO		**X**	**HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA**	NO		SI	X	**LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS**	NO	X	SI		
RESPIRATORIO		**X**	**USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA**	NO		SI	X	**MEDIDAS ADICIONALES: SEGUIMIENTO O REMISIÓN**	NO	X	SI		
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		**X**	**CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO**	NO		SI	X	**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	X	SI		
RIESGO PSICO-SOCIAL		**X**	**HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL**	NO	X	SI		**MEDIDAS ADICIONALES**	NO	X	SI		
RIESGO BIOLÓGICO		**X**	**VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA**	NO		SI	X	**INMUNIZACIONES ADICIONALES**	NO	X	SI		

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017	Rodriguez Z.
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT: 900380757-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC: 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATURIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANENTER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Medellín, 06 de February de 2024

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 SEINCO ARQUITECTURA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1007297999	RODRIGUEZ ZABALA JOHAN SEBASTIAN	07/02/2024		m3i20132	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 06/02/2024 16:16:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.28.104.6, 192.230.104.3, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 5.021.151
FERREIRA CENTENO

APELLIDOS
ERMIDES

NOMBRES

FIRMA



ARL - PORVENIR
EPS = NUEVA EPS
CARRERA: 87F # 34A 31 SUR
, TEL = 3014565872

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA
TEL 3188399331
JESUS MANUEL FERREIRA

FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1968
EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

10-FEB-1986 EL BANCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

R-2102500-01361742-M-0005021151-20230815 0120533361A 1 8508530199

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	5021151
Nombre:	ERMIDES FERREIRA CENTENO
Fecha Ingreso:	03/02/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	2/2/2024 11:59:44 PM

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		DÍA MES AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: FERREIRA	SEGUNDO APELLIDO: CENTENO	PRIMER NOMBRE: ERMIDES	SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. [X] C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.	5021151	F [X] M	10/02/1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código:	Tipo: F N M Condición: T P			COLPATRIA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORVENIR	1300000	Carrera 87 F # 34 A -31 Sur	U. [ ] R. [ ]		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
BOGOTA	BOGOTA		3014565872	ermides.ferreira@gmail.com	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		F M	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		RC TI CC CE PA CD SC						F N M	T P
2		RC TI CC CE PA CD SC						F N M	T P
3		RC TI CC CE PA CD SC						F N M	T P
4		RC TI CC CE PA CD SC						F N M	T P

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSTRUCCIONES AMBAR S.A.S	C.C C.E P.A C.D [X]	901401153		

39. DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
CL 116 15 36	BOGOTA	BOGOTA		3017844934	jdgomezc94@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
03/02/2024 AÑO	OFICIAL DE OBRA	1300000

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
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. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONT... [ ]
B) AL RÉGIMEN ... [ ]
14. TRASLADO
A) MISMA... [ ]
B) ... [ ]
15. ... [ ]
16. I... [ ]
17. R... [ ]
18. RE... [ ]

... CESANTE
...IONADO
...IONADO

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE:
CLAVE ASESOR:
FECHA:

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. MOTIVO DE TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
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. [ ]
51. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. 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. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma del Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
ERMIDES FERREIRA	MARTHA ESPITIA

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
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 cuerpos 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 beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio: Código del departamento:	Número de ficha: Puntaje: Nivel:	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-090

- 2a. COPIA: AFILIADO -

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:

ERMIDES FERREIRA CENTENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **5.021.151**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ERMIDES FERREIRA CENTENO, CC - 5021151**, está afiliado(a) desde **05/02/2024**, como trabajador de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538.**

Estado civil: **Unión libre**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **03/02/2024**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	**-**	**-**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **05 de Febrero del 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

MEDIC EXPERT

Siempre Pensado en tú Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	2024-02-05	**EXAMEN:**	INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA				
NOMBRE DEL PACIENTE:	FERREIRA CENTENO ERMIDES						
IDENTIFICACION:	5021151	**RH:**	O+	**EDAD:**	56	**GENERO:**	M
FECHA DE NACIMIENTO:	1968-02-10	**TELEFONO DE CONTACTO:**					

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	CONSTRUCCIONES AMBARA SAS	**NIT:**	901401153-8
ESCOLARIDAD:	BACHILLER	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	OFICIAL

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia	X	Trigliceridos	X	Colesterol	X	Otros:	X

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar:	NINGUNA						
Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272:	SI	X	NO		N/A		
Apto para laborar en Espacios Confinados:	SI	X	NO		N/A		
Apto para el cargo	SI	X	NO		N/A		

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optomeria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO Dra. Gloria L. Vega Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. de Buenos Aires ARG NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR	FIRMA: NOMBRE: FERREIRA CENTENO ERMIDES DOCUMENTO: 5021151	HUELLA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.102.230.014
ALQUERQUE JIMENEZ

LUIS FERNANDO

Luis Fernando



EPS. salud total.
Tl: 302 283 2292.
Cll^ 19 #21 24.
Fondo de pensión: (protección)



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1994
SAN BENITO ABAD
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

24-ABR-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00976369-M-1102230014-20180207 0059429266A 1 9903243640

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1102230014
Nombre:	LUIS FERNANDO ALQUERQUE JIMENEZ
Fecha Ingreso:	17/02/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	16/02/2023 11:34:38 a.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009805797	1|6|0|2|2|0|2|3

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 ☐ **B.** Institucional ☐ **B.** De oficio ☐

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

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ALQUERQUE Primer apellido	JIMENEZ Segundo apellido	LUIS Primer nombre	FERNANDO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1102230014	Femenino ☐ Masculino ☒	2|2|1|0|1|9|9|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PROTECCION	1160000

18.Residencia

CL 13A 18 14 **Dirección**	**Telefono fijo**	3012832242 **Telefono celular**	GINASEGURA254@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		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				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS COLINA - VS COLINA	VSCOLINA - VSCOLINA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES AMBAR S A S	NIT	901401153	01

39.Ubicación

CR 95 68 A 24 Dirección	3017844934 Teleéfono	CONSTRUCCIONES.AMBAR@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4009805797

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación				
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	**Número documento de Identidad**	**Sexo** Femenino ☐ Masculino ☐	**Fecha de nacimiento**	**42.Fecha** 1|7|0|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ 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.
- 51. ☐ 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 polr sus funciones la requieran
- 52. ☐ 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
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Luis Fernando **54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario**	Daniel Gualteros. R **55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. 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.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.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.
- ☐ 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALQUERQUE JIMENEZ LUIS FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **1.102.230.014** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de marzo de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de febrero de 2023.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023021610435

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ALQUERQUE JIMENEZ LUIS FERNANDO, CC - 1102230014**, está afiliado(a) desde **16/02/2023**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538**.

Estado civil: **Separado**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **17/02/2023**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
SALOME ALQUERQUE SEGURA	1246448462	Hijo

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **04 de marzo de 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

MEDIC EXPERT

Siempre Pensado en tú Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	2023-08-16	EXAMEN:	INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA
NOMBRE DEL PACIENTE:	ALQUERQUE JIMENEZ LUIS FERNANDO		
IDENTIFICACION:	1102230014	RH: A+ EDAD: 28	GENERO: M
FECHA DE NACIMIENTO:	1994-10-22	TELEFONO DE CONTACTO:	3022832242

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	NIT:	901401153
ESCOLARIDAD:	BACHILLER	CARGO A DESEMPEÑAR:	AYUDANTE

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia	X	Trigliceridos	X	Colesterol	X	Otros:	X

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar:	NINGUNA						
Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272:	SI	X	NO		N/A		
Apto para laborar en Espacios Confinados:	SI	X	NO		N/A		
Apto para el cargo	SI	X	NO		N/A		

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optomeria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO Dra. Gloria L. Vega Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. de Buenos Aires Arg NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR	FIRMA: NOMBRE: ALQUERQUE JIMENEZ LUIS FERNANDO DOCUMENTO: 1102230014	HUELLA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80793468

BARRAGAN FARFAN
APELLIDOS

RAMIRO
NOMBRES

Ramiro Barragan F
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

19-ABR-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500118-45104011-M-0080793468-20020617 01444 02168A 02 130376260

Cra 18 N° 80 B 34 Sur
3132155402
Famisanar
Protección

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901401153-8	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	KR 94 BIS 68A 59	7565472	construccion.ambar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74816399	$5.305.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	307.000	0		0		0	6	1.700	0	308.700	9
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	59.000	0		0		0	6	400	0	59.400	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	53.800	0		0		0	6	300	0	54.100	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	107.500	0		0		0	6	600	0	108.100	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	147.500	0		0		0	6	800	0	148.300	6
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	3.500	0		0		0	6	100	0	3.600	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	3.600	0		0		0	6	100	0	3.700	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	471.700	0	0	0	0	6	2.600	0	474.300	7
230301	Porvenir	800224808-8	1.463.200	0	0	0	0	6	8.000	0	1.471.200	13
231001	Colfondos	800227940-6	367.600	0	0	0	0	6	2.000	0	369.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	423.000	0	0	0	0	6	2.300	0	425.300	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.186.600				1.186.600	6	6.500	1.193.100			11.866	1.193.100	26

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	681.900	6	3.700	685.600	26

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901401153-8	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS		KR 94 BIS 68A 59	7565472	construccion.ambar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74816399	$5.305.000	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	681.900	685.900
Pensión	4	2.725.500	2.740.400
Riesgos Laborales	1	1.186.600	1.193.100
CCF	1	681.900	685.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	5.275.900	5.305.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901401153-8	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS		KR 94 BIS 68A 59	7565472	construccion.ambar@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 26 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74816399	$5.305.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000695125	MERCHAN MONRROY KAREN TATIANA	1	0			S		X															230201	43.334	7.000	0	0	0	0	EPSC34	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
2	CC	1032368540	GUALTEROS RODRIGUEZ DANIEL FERNANDO	1	0			S																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	1033743743	RINCON VANEGAS VICTOR WILMAR	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	1043845510	GARCIA MARRIAGA DEIMER ESTEBAN	1	0			S		X															231001	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS008	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
5	CC	19897339	SALAS ROMERO OWER	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
6	CC	64558643	GONZALEZ PEREZ DARLY MARIA	1	0			S		X															25-14	43.334	7.000	0	0	0	0	EPSC34	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
7	CC	1023010956	MUÑOZ LUGO YEFERSON ANDRES	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
8	CC	79887072	MERCHAN LOPEZ ALEJANDRO	1	0			S		X															230301	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS017	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
9	CC	5973059	LOAIZA VERA ARNOBEL	1	0			S	X																231001	953.334	152.600	0	0	0	0	EPS002	953.334	38.200	14-4	953.334	5	66.400	CCF21	953.334	38.200	0	0	0	0	0
10	CC	1020712879	PEREZ GUATIBONZA CARLOS ALBERTO	1	0			S	X	X															230201	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS010	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
11	CC	79769207	TORRES MAZURCO JORGE HERNAN	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
12	CC	80793468	BARRAGAN FARFAN RAMIRO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
13	CC	1102230014	ALQUERQUE JIMENEZ LUIS FERNANDO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
14	CC	80371923	MARTINEZ URREGO ALEXANDER	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
15	CC	79794584	BARAHONA WILIAM RICARDO	1	0			S	X																230301	866.667	138.700	0	0	0	0	EPS017	866.667	34.700	14-4	866.667	5	60.400	CCF21	866.667	34.700	0	0	0	0	0
16	CC	1013036337	LEMUS BERNAL JEFERSON STEVEN	1	0			S	X																230301	520.000	83.200	0	0	0	0	EPS002	520.000	20.800	14-4	520.000	5	36.200	CCF21	520.000	20.800	0	0	0	0	0
17	PT	7117500	BARRIGA ORTEGA BERTILIO ANTONIO	1	0			S		X															230201	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS002	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
18	CC	1012369722	PABON ROCHA YESID ALFONSO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
19	CC	1020715677	LEMUS BERNAL MANUEL ALEJANDRO	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
20	CC	1020767549	PACHECO BELTRAN ANDERSON DAVID	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS002	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
21	CC	1092386581	PAEZ SANABRIA ROBINSON ALEJANDRO	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS005	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
22	CC	79375332	PAEZ FONSECA ALVARO	1	0			S	X	X															230201	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS005	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
23	CC	1020715676	LEMUS BERNAL MIGUEL ANGEL	1	0			S	X																230301	866.667	138.700	0	0	0	0	EPS002	866.667	34.700	14-4	866.667	5	60.400	CCF21	866.667	34.700	0	0	0	0	0
24	CC	1123566945	HIGUERA BERNAL JOSE DAVID	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS041	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
25	CC	1218213085	PABON ROCHA MARLON DAVID	1	0			S	X	X															230201	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS017	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
26	CC	53093038	SOLANO ZUÑIGA FRANCY YAZMIN	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS017	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

MEDIC EXPERT

Siempre Pensado en tú Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	**2024-02-20**	**EXAMEN:**	**INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA**				
NOMBRE DEL PACIENTE:		**BARRAGAN FARFAN RAMIRO**					
IDENTIFICACION:	**80793468**	**RH:**	**A+**	**EDAD:**	**44**	**GENERO:**	**M**
FECHA DE NACIMIENTO:	**1984-03-11**	**TELEFONO DE CONTACTO:**					

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	**CNSTRUCCIONES AMBARA SAS**	**NIT:**	**901401153-8**
ESCOLARIDAD:	**BACHILLER**	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	**OFICIAL**

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia	Triglicéridos	Colesterol	Otros:
X	X	X	X

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar:	NINGUNA				
Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272:	SI	X	NO		N/A
Apto para laborar en Espacios Confinados:	SI	X	NO		N/A
Apto para el cargo	SI	X	NO		N/A

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optomeria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO Dra. Gloria L. Vega Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. de Buenos Aires Arg.	**FIRMA:**	HUELLA
NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR	**NOMBRE: BARRAGAN FARFAN RAMIRO**	
	DOCUMENTO: 80793468	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 80.371.923

MARTINEZ URREGO

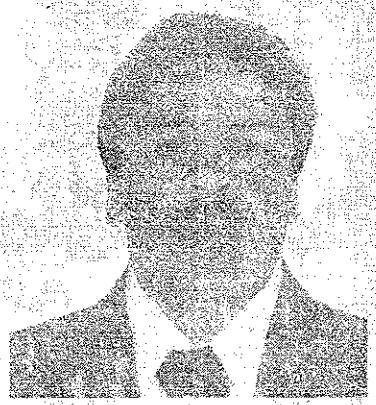
APELLIDOS

ALEXANDER

NOMBRES

ALEXANDER MARTINEZ

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1968

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

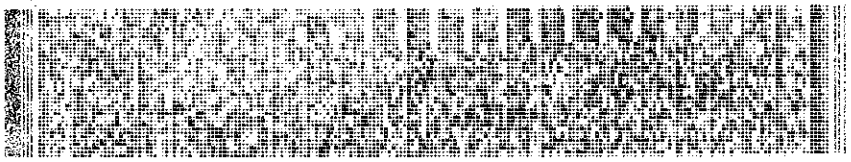
O+
G.S. RH

M
SEXO

17-FEB-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



A-1500150-01203316-M-0080371923-20210120 0073146621A 1 9914397664

MEDIC EXPERT

Siempre Pensado en tú Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	2023-03-23	**EXAMEN:**	INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA				
NOMBRE DEL PACIENTE:	MARTINEZ URREGO ALEXANDER						
IDENTIFICACION:	80371923	**RH:**	O+	**EDAD:**	55	**GENERO:**	M
FECHA DE NACIMIENTO:	1968-03-17	**TELEFONO DE CONTACTO:**					

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	**NIT:**	901401153
ESCOLARIDAD:	BACHILLER	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	AYUDANTE

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia	X	Trigliceridos	X	Colesterol	X	Otros:	X

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar:	NINGUNA						
Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272:	SI	X	NO		N/A		
Apto para laborar en Espacios Confinados:	SI	X	NO		N/A		
Apto para el cargo	SI	X	NO		N/A		

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optomeria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO Dra. Gloria L. Vega Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. de Buenos Aires Arg.	FIRMA: NOMBRE: MARTINEZ URREGO ALEXANDER DOCUMENTO: 80371923	HUELLA
NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR		

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901401153-8	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS	KR 94 BIS 68A 59	7565472	construccion.ambar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74816399	$5.305.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	307.000	0		0		0	6	1.700	0	308.700	9
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	59.000	0		0		0	6	400	0	59.400	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	53.800	0		0		0	6	300	0	54.100	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	107.500	0		0		0	6	600	0	108.100	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	147.500	0		0		0	6	800	0	148.300	6
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	3.500	0		0		0	6	100	0	3.600	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	3.600	0		0		0	6	100	0	3.700	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	471.700	0	0	0	0	6	2.600	0	474.300	7
230301	Porvenir	800224808-8	1.463.200	0	0	0	0	6	8.000	0	1.471.200	13
231001	Colfondos	800227940-6	367.600	0	0	0	0	6	2.000	0	369.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	423.000	0	0	0	0	6	2.300	0	425.300	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.186.600				1.186.600	6	6.500	1.193.100			11.866	1.193.100	26

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	681.900	6	3.700	685.600	26

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901401153-8	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS		KR 94 BIS 68A 59	7565472	construccion.ambar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					26	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74816399	$5.305.000	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	681.900	685.900
Pensión	4	2.725.500	2.740.400
Riesgos Laborales	1	1.186.600	1.193.100
CCF	1	681.900	685.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	5.275.900	5.305.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901401153-8	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS		KR 94 BIS 68A 59	7565472	construccion.ambar@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 26 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-02	2024-01	E	19/02/2024	74816399	$5.305.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000695125	MERCHAN MONRROY KAREN TATIANA	1	0			S		X															230201	43.334	7.000	0	0	0	0	EPSC34	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
2	CC	1032368540	GUALTEROS RODRIGUEZ DANIEL FERNANDO	1	0			S																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	1033743743	RINCON VANEGAS VICTOR WILMAR	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	1043845510	GARCIA MARRIAGA DEIMER ESTEBAN	1	0			S		X															231001	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS008	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
5	CC	19897339	SALAS ROMERO OWER	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
6	CC	64558643	GONZALEZ PEREZ DARLY MARIA	1	0			S		X															25-14	43.334	7.000	0	0	0	0	EPSC34	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
7	CC	1023010956	MUÑOZ LUGO YEFERSON ANDRES	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
8	CC	79887072	MERCHAN LOPEZ ALEJANDRO	1	0			S		X															230301	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS017	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
9	CC	5973059	LOAIZA VERA ARNOBEL	1	0			S	X																231001	953.334	152.600	0	0	0	0	EPS002	953.334	38.200	14-4	953.334	5	66.400	CCF21	953.334	38.200	0	0	0	0	0
10	CC	1020712879	PEREZ GUATIBONZA CARLOS ALBERTO	1	0			S	X	X															230201	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS010	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
11	CC	79769207	TORRES MAZURCO JORGE HERNAN	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
12	CC	80793468	BARRAGAN FARFAN RAMIRO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
13	CC	1102230014	ALQUERQUE JIMENEZ LUIS FERNANDO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
14	CC	80371923	MARTINEZ URREGO ALEXANDER	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
15	CC	79794584	BARAHONA WILIAM RICARDO	1	0			S	X																230301	866.667	138.700	0	0	0	0	EPS017	866.667	34.700	14-4	866.667	5	60.400	CCF21	866.667	34.700	0	0	0	0	0
16	CC	1013036337	LEMUS BERNAL JEFERSON STEVEN	1	0			S	X																230301	520.000	83.200	0	0	0	0	EPS002	520.000	20.800	14-4	520.000	5	36.200	CCF21	520.000	20.800	0	0	0	0	0
17	PT	7117500	BARRIGA ORTEGA BERTILIO ANTONIO	1	0			S		X															230201	43.334	7.000	0	0	0	0	EPS002	43.334	1.800	14-4	43.334	5	3.100	CCF21	43.334	1.800	0	0	0	0	0
18	CC	1012369722	PABON ROCHA YESID ALFONSO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
19	CC	1020715677	LEMUS BERNAL MANUEL ALEJANDRO	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
20	CC	1020767549	PACHECO BELTRAN ANDERSON DAVID	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS002	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
21	CC	1092386581	PAEZ SANABRIA ROBINSON ALEJANDRO	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS005	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
22	CC	79375332	PAEZ FONSECA ALVARO	1	0			S	X	X															230201	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS005	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
23	CC	1020715676	LEMUS BERNAL MIGUEL ANGEL	1	0			S	X																230301	866.667	138.700	0	0	0	0	EPS002	866.667	34.700	14-4	866.667	5	60.400	CCF21	866.667	34.700	0	0	0	0	0
24	CC	1123566945	HIGUERA BERNAL JOSE DAVID	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS041	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
25	CC	1218213085	PABON ROCHA MARLON DAVID	1	0			S	X	X															230201	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS017	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0
26	CC	53093038	SOLANO ZUÑIGA FRANCY YAZMIN	1	0			S	X	X															230301	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS017	86.667	3.500	14-4	86.667	5	6.100	CCF21	86.667	3.500	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 79.858.419
CASTIBLANCO PIÑEROS
APELLIDOS
JAIME
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-ABR-1975
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
20-ABR-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
A-1500150-01355594-M-0079858419-20230517 0107801194A 1 8508224871

ARL
EPS Capital Salud
Direccion: Cra 27 G 73 D 00 72
Barrio: Bello flor
Celular: 322 863 81 48

correo Jaime 2020@gmail.com
nina Beatriz Piñeros
celular: 322 258 82 83

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79858419
Nombre:	JAIME CASTIBLANDO PIÑEROS
Fecha Ingreso:	20/02/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	19/2/2024 7:29:32 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

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 Novedad ☐	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)

6. Apellidos y nombres completos			
Castiblanco	Piñeros	Jaime	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C	79.858.419	Femenino ☐ Masculino ☑	12 04 1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
Axa Colpatria	Protección	1.300.000

18. Residencia			
Carrera 27 G # 73 D 72		322 863 81 48	jaime2020@gmail.com
Dirección	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico

Bogotá	Zona Urbana ☑ Rural ☐	Ciudad Bolivar	
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A

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

	24. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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 la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 a pensiones (a registrar por la EPS)
Construcciones Ambar SAS	NIT	901401153	

39. Ubicación				
Calle 1 # 24 -70	315 406 30 33	construccion.ambar@gmail.com	Madrid	Cundinamarca
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

VIGILADO Supersalud

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 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 condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 12. Desvinculación 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 de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		20 03 2024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 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.
- ☐ 51. 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.
- ☐ 52. 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.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio
	DANIEL GUALTEROS. R

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Copia documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ — Cantidad ☐ Total ☐
- ☐ 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 cuerpos 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 beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número 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.

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASTIBLANCO PIÑEROS JAIME** identificado(a) con **CC** número **79.858.419** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de enero de 2007 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de febrero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024021919051

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CASTIBLANCO PIÑEROS JAIME, CC - 79858419**, está afiliado(a) desde **21/02/2024**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **20/02/2024**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **21 de febrero de 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

MEDIC EXPERT

Siempre Pensado en tú Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	**2024-02-20**	**EXAMEN:**	**INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA**				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**CASTIBLANCO PIÑEROS JAIME**						
IDENTIFICACION:	**79858419**	**RH:**	**O+**	**EDAD:**	**49**	**GENERO:**	**M**
FECHA DE NACIMIENTO:	**1975-04-12**	**TELEFONO DE CONTACTO:**					

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	**CONSTRUCCIONES AMBARA SAS**	**NIT:**	**901401153-8**
ESCOLARIDAD:	**PRIMARIA**	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	**OFICIAL**

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia	Triglicéridos	Colesterol	Otros:
X	X	X	X

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar:	NINGUNA					
Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272:	SI	X	NO		N/A	
Apto para laborar en Espacios Confinados:	SI	X	NO		N/A	
Apto para el cargo	SI	X	NO		N/A	

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optomeria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO Dra. Gloria L. Vega Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U.de Buenos Aires Arg.	**FIRMA:**	HUELLA
NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR	**NOMBRE: CASTIBLANCO PIÑEROS JAIME**	
	DOCUMENTO: 79858419	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

5.973.059

LOAIZA VERA

ARNOBEL





FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1978

ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

26-JUL-1996 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00007421-M-0005973059-20060507 0000254760A 1

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	5973059
Nombre:	ARNOBEL LOAIZA VERA
Fecha Ingreso:	09/01/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	04/01/2024 11:34:21 a.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011505240	0|5|0|1|2|0|2|4

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
B. Colectiva ☐
A. Individual:
B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
LOAIZA Primer apellido	VERA Segundo apellido	ARNOBEL Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	5973059	Femenino ☐ Masculino ☒	2|5|0|3|1|9|7|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	COLFONDOS	1300000

18.Residencia

CR 1 75 15 SUR **Dirección**	**Telefono fijo**	3216592456 **Telefono celular**	ARNOBELLOAIZA640@GMAIL.COM **Correo electronico**

BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		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				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES AMBAR S A S	NIT	901401153	01

39.Ubicación

CR 95 68 A 24 Dirección	5066544 Teleéfono	CONSTRUCCION.AMBAR@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4011505240

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación 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 del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|9|0|1|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
- 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.
- 51. ☐ 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 por sus funciones la requieran
- 52. ☐ 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
- 63. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
	Daniel Gualteros. R.

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. 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.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.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.
- ☐ 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación 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 SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71 Firma del funcionario

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.

Powered by CamScanner

Colfondos
HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ARNOBEL LOAIZA VERA identificado(a) con C.C No. 5.973.059, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 29 de diciembre del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Girar

La telefonía que te permite ahorrar.
¡Cambia el chip ya!
éxito móvil

Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite

2400008369

Fecha

05/01/2024 15:43:33

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *

NIT

Número de Identificación *

901401153

Dígito de Verificación *

8

Razón Social

CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *

- ○ Si
- ◉ No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
5973059

Primer Apellido *
LOAIZA

Segundo Apellido
VERA

Primer Nombre *
ARNOBEL

Segundo Nombre

Correo Electrónico *
AFILIACIONES2017@HOTMAIL.COM

Fecha de Expedición *
26/07/1996

Lugar de Expedición
ORTEGA

Fecha de Nacimiento *
25/03/1978

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Unión Libre

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
CR 01 75 15
Seleccionar Dirección

Departamento *
Bogotá D.C.

Ciudad *
BOGOTA

Teléfono

Celular
3216592422

Fecha Inicio de Contrato *
2024-01-09

Total Horas Mes *
230

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1300000

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *
1300000

Departamento Sede de Trabajo *
Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *
BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *
- ○ SI
- ◉ NO

Trabaja en Otra Empresa *

○ SI ◉ NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

○ SI ◉ NO

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52533157

Primer Apellido *

VANEGAS

Segundo Apellido

VANEGAS

Primer Nombre *

LUZ

Segundo Nombre

ALBA

Fecha de Nacimiento *

27/12/1978

Ocupación *

Hogar

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Primer Apellido *

LOAIZA

Segundo Apellido
VANEGAS

Primer Nombre *
ANDRES

Segundo Nombre
DAVID

Parentesco *
Hijo

Tipo de Identificación
Tarjeta de Identidad

Número de Identificación *
1013101149

Sexo *
Masculino

Discapacidad *
- ○ SI
- ◉ NO

Fecha de Nacimiento
31/08/2004

Otro Padre Recibe Cuota Monetaria *
- ○ SI
- ◉ NO

Primer Apellido *
LOAIZA

Segundo Apellido
VANEGAS

Primer Nombre *
YINETH

Segundo Nombre

ALEJANDRA

Parentesco *

Hijo

Tipo de Identificación

Tarjeta de Identidad

Número de Identificación *

1013134535

Sexo *

Femenino

Discapacidad *

- ○ SI
- ◉ NO

Fecha de Nacimiento

18/02/2011

Otro Padre Recibe Cuota Monetaria *

- ○ SI
- ◉ NO

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

- ◉ SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
EDUCACIÓN
Secretaría de Educación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

Bogotá D.C, 09 de Enero de 2024

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTE

El abajo aquí firmante identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto que autorizo de manera libre, expresa, inequívocamente, y de forma exclusiva para los fines señalados en los términos de la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Secretaría de Educación del Distrito con NIT. 899.999.061-9, a consultar los datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y, de llegarse a formalizar, manifiesto que la Entidad podrá cada cuatro (4) meses realizar la misma consulta, esto es a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

AUTORIZA,

NOMBRE PROFESIONAL

CC 5.973.059

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
JAIME HERRERA OSORIO
CC. 79.655.971
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO INGENIERÍA I

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:11:13 horas del 09/01/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **5973059,** Apellidos y Nombres **LOAIZA VERA ARNOBEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **construcciones ambar sas**, con NIT **901401153-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

MEDIC EXPERT

Siempre Pensado en tú Salud y en la de los Tuyos

DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 15-0425 DE 2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	**2024-01-05**	**EXAMEN:**	**INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA**
NOMBRE DEL PACIENTE:		**LOAIZA VERA ARNOBEL**	
IDENTIFICACION:	**5973059**	**RH:** **O+** **EDAD:** **45**	**GENERO:** **M**
FECHA DE NACIMIENTO:	**1978-03-25**	**TELEFONO DE CONTACTO:**	

INFORMACION LABORAL

EMPRESA EN MISION:	**CONSTRUCCIONES AMBARA SAS**	**NIT:**	**901401153-8**
ESCOLARIDAD:	**PRIMARIA**	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	**OFICIAL**

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	X	Visiometría	X
Audiometría	X	Optometría	
Osteomuscular	X	Espirometría	

Examenes de laboratorio:

Glicemia [X] Trigliceridos [X] Colesterol [X] Otros: [X]

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Presenta restricciones que le impida el desarrollo de la labor a realizar: NINGUNA

Apto para laborar en Alturas de acuerdo con la Resolucion 4272:	SI [X]	NO [ ]	N/A [ ]
Apto para laborar en Espacios Confinados:	SI [X]	NO [ ]	N/A [ ]
Apto para el cargo	SI [X]	NO [ ]	N/A [ ]

OBSERVACIONES

Capacitacion y certificacion para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

RECOMENDACIONES

*	Realizar control por optomeria en su EPS.	*	Realizar valoracion por nutricion en su EPS.
*	Realizar pausas activas.		
*	Estilos de vida saludable		
*	Evitar posturas prolongadas.		
*	Ejercicio fisico.		
*	Uso de proteccion auditiva.		

INFORMACION ADICIONAL

Niega signos sintomas relacionados con el sindrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como poblacion en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2.020

PROFESIONAL	PACIENTE	
FIRMA Y SELLO Dra. Gloria L. Vega Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. de Buenos Aires Arg.	FIRMA: NOMBRE: LOAIZA VERA ARNOBEL DOCUMENTO: 5973059	HUELLA
NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.092.386.581**

PAEZ SANABRIA

APELLIDOS

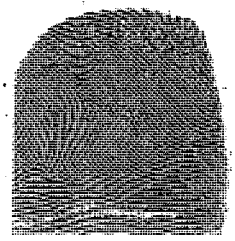
ROBINSON ALEJANDRO

NOMBRES

Robinson A Paez S

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAR-1991**

SAN CRISTOBAL
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-AGO-2016 VILLA DEL ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2510000-00946677-M-1092386581-20171013 **0058**127754G 1 9901784978

EPS Sanitas

Fondo Pensiones porvenir

alejandropaez1603@Gmail.com

Cel emergencia Adriana Sanabria 3203488189

Call

Carrera 53C # 4F 52

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901401153
Número Afiliación:	419657
Razón social:	CONSTRUCCIONES AMBAR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1092386581
Nombre:	ROBINSON ALEJANDRO PAEZ SANABRIA
Fecha Ingreso:	19/01/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/1/2024 7:06:32 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

174198584

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ( ) B. Reporte de Novedades (X)

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia (X) B. Colectiva ( ) D. De Oficio ( ) - Beneficiario o Afiliado adicional ( ) C. Institucional ( )

3. Régimen: A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante (X) B. Cabeza de Familia ( ) C. Beneficiario ( )

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente (X) B. Independiente ( ) C. Pensionado ( )

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PAEZ	SANABRIA	ROBINSON	ALEJANDRO

7. Tipo de documento de identidad: CN ( ) TI ( ) CE ( ) CD ( ) RC ( ) CC (X) PA ( ) SC ( )

8. Número del documento de identidad: 1.092.386.581

9. Sexo: Femenino ( ) Masculino (X)

10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A: 1 6 0 3 1 9 9 1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo F ( ) M (X) Condición T ( ) P ( )

13. Puntaje SISBÉN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: colpatria.

16. Administradora de Pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.300.000

18. Residencia

Dirección: CR 53 C # 4F-52

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3132894439

Correo Electrónico: alejandro.paez1603@gmail.com

Municipio / Distrito: BOGOTA

Zona: Urbana (X) Rural ( )

Localidad / Comuna:

Departamento: CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN ( ) TI ( ) CE ( ) CD ( ) RC ( ) CC ( ) PA ( ) SC ( )

21. Número del documento de identidad:

22. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino ( ) Masculino ( )	D D M M A A A A	
B2			Femenino ( ) Masculino ( )	D D M M A A A A	
B3			Femenino ( ) Masculino ( )	D D M M A A A A	
B4			Femenino ( ) Masculino ( )	D D M M A A A A	
B5			Femenino ( ) Masculino ( )	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CENTRO MEDICO TEUSAQUILLO	
B		
B		
B		

KDPRATA

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
construcciones Ambar SAS	NIT X TI CE CC PA CD	901401153	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono Fijo
calle 116 # 15-36	

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
construccion.ambar@gmail.com	Bogota	c/marca

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
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 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. Desvinculación 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
CN RC TI CC CE PA CD SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	19 01 2024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [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 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.
- [X] 52. 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.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Robinson Paez	MARTHA ESPITIA

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL
- [ ] 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 cuerpos 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 beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	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 de documento	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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
900929047-9 ESTRATEGIA EMPRESARIAL AS LTDA	19-01-2024	

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ROBINSON ALEJANDRO PAEZ SANABRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.092.386.581**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Enero del 2024.

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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **PAEZ SANABRIA ROBINSON ALEJANDRO, CC - 1092386581**, está afiliado(a) desde **18/01/2024**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES AMBAR SAS**, con NIT: **9014011538**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **19/01/2024**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **19 de enero de 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio