# MEDICINA LABORAL EL TREBOL IPS

*CENTRO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO*
*NIT. 901045839-4*
*Según resolución 2346 de 2007 y 4272 de 2021-*
*Av. Cra 68 No 45-21 Zona industrial*
*Linea telefónica 321-480-51-18 de 2pm a 4 pm*
*medilabeltrebol@gmail.com*
*confirma autenticidad en medicinalaboraleltrebolips.com*
*resoluciones en la página web CLAVE resoluciones 2022*

| CONCEPTO OCUPACIONAL | | | |
|---|---|---|---|
| POST INCAPACIDAD | | INGRESO | X |
| ENFASIS CARDIOVASCULAR | | EGRESO | |
| ESPACIOS CONFINADOS | | PERIODICO | |
| PRE-OCUPACIONAL | | REINTEGRO | |
| ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR | | ALTURAS | |

| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 09 DE FEBRERO DE 2024 | | | |
| NOMBRE: JULIO CESAR LUGO OVIEDO | | EDAD: 45 AÑOS | RH: O+ |
| IDENTIFICACION: 79965990 | EPS: | ARL: | |
| EMPRESA: CONSTRUCCIONES ASOCIADO S.A.S | NIT: 901384823-9 | CARGO: OFICIAL | |

**ANTECEDENTES LABORALES:** **ENFERMEDAD PROFESIONAL:**

| ANTECEDENTES PERSONALES | ANTECEDENTES FAMILIARES |
|---|---|
| HOSPITALARIOS: NIEGA | DIABETES: NIEGA |
| QUIRURGICOS: NIEGA | HTA: NIEGA |
| PSIQUIATRICOS: NIEGA | HIPO-HIPER TIROIDISMO: NIEGA |
| FARMACOLOGICOS: NIEGA | CANCER: NIEGA |
| OFTALMOLOGICOS: NIEGA | ASMA: NIEGA |
| OTROS: NIEGA | OTROS:NIEGA |
| **PARACLINICO** | **EXAMEN FISICO** |
| AUDIOMETRIA: NORMAL | T/A: 112/7Ç3 mHg |
| OSTEOMUSCULAR: TONO MUSCULAR Y EQUILIBRIO: CONSERVADOS | FC: 71 min |
| OPTOMETRIA: NORMAL | FR: 20 min |
| PSICOSENSOMETRICO: SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS | ESTATURA: 1.60 CMS |
| DERMATOLOGIA: SIN LESIONES | PESO: 64 KG |
| PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA: NORMAL | T°: 35.8°C |
| ESPIROMETRIA: NORMAL | OXIMETRIA: 97% |

| CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA EL CARGO | | SI | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | | NO |
| RESTRINGIDO | | NO | REQUIERE RESTRICCIONES EN ACTIVIDADES | | NO |
| CONDICIONAL | | NO | SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL | | NO |
| APLAZADO | | NO | APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | | NO |

**OBSERVACIONES:**

**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL**

utilizar los elementos de protección personal, usar protección visual durante la jornada laboral, seguir las recomendaciones estrictas de medicina ocupacional, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. El paciente no manifiesta signos ni síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov2) / no presenta morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgo para COVID 19 según circular 030 del 2020.

*ALEXANDER NARVAEZ PAEZ*
*R.C.G.80589567*
*Especialista en seguridad y salud en el trabajo*
*Universidad de Manizales*

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
MD ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Julio Lugo

FIRMA DEL TRABAJADOR EXAMINADO

*Horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 5 pm - sábados de 7 am a 3 pm - Domingos y Festivos de 8am a 11am.*

Powered by CamScanner

# MEDICINA LABORAL EL TREBOL IPS

*CENTRO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO*
*NIT. 901045839-4*
*Según resolución 2346 de 2007 y 4272 de 2021-*
*Av. Cra 68 No 45-21 Zona industrial*
*Línea telefónica 321-480-51-18 de 2pm a 4 pm*
*medilabeltrebol@gmail.com*
*confirma autenticidad en medicinalaboraleltrebolips.com*
*resoluciones en la página web CLAVE resoluciones 2022*

| CONCEPTO OCUPACIONAL | | | |
|---|---|---|---|
| POST INCAPACIDAD | | INGRESO | X |
| ENFASIS CARDIOVASCULAR | | EGRESO | |
| ESPACIOS CONFINADOS | | PERIODICO | |
| PRE-OCUPACIONAL | | REINTEGRO | |
| ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR | | ALTURAS | |

| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 09 DE FEBRERO DE 2024 | | | |
| NOMBRE: WILBER ENRIQUE LUGO OVIEDO | | EDAD: 43 AÑOS | RH: O+ |
| IDENTIFICACION: 80227761 | EPS: | ARL: | |
| EMPRESA: CONSTRUCCIONES ASOCIADO S.A.S | NIT: 901384823-9 | CARGO: MAESTRO | |

**ANTECEDENTES LABORALES:** **ENFERMEDAD PROFESIONAL:**

| ANTECEDENTES PERSONALES | ANTECEDENTES FAMILIARES |
|---|---|
| HOSPITALARIOS: NIEGA | DIABETES: NIEGA |
| QUIRURGICOS: NIEGA | HTA: NIEGA |
| PSIQUIATRICOS: NIEGA | HIPO-HIPER TIROIDISMO: NIEGA |
| FARMACOLOGICOS: NIEGA | CANCER: NIEGA |
| OFTALMOLOGICOS: NIEGA | ASMA: NIEGA |
| OTROS: NIEGA | OTROS:NIEGA |
| **PARACLINICO** | **EXAMEN FISICO** |
| AUDIOMETRIA: NORMAL | T/A: 115/74 mHg |
| OSTEOMUSCULAR: TONO MUSCULAR Y EQUILIBRIO: CONSERVADOS | FC: 70 min |
| OPTOMETRIA: NORMAL | FR: 22 min |
| PSICOSENSOMETRICO: SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS | ESTATURA: 1.64 CMS |
| DERMATOLOGIA: SIN LESIONES | PESO: 62 KG |
| PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA: NORMAL | T°: 35.7°C |
| ESPIROMETRIA: NORMAL | OXIMETRIA: 98% |

| CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA EL CARGO | | SI | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | | NO |
| RESTRINGIDO | | NO | REQUIERE RESTRICCIONES EN ACTIVIDADES | | NO |
| CONDICIONAL | | NO | SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL | | NO |
| APLAZADO | | NO | APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | | NO |

**OBSERVACIONES:**

**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL**

utilizar los elementos de protección personal, usar protección visual durante la jornada laboral, seguir las recomendaciones estrictas de medicina ocupacional, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. El paciente no manifiesta signos ni síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov2) / no presenta morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgo para COVID 19 según circular 030 del 2020.

*ALEXANDER NARVAEZ PAEZ*
*R.E.G.80589567*
*Especialista en seguridad y salud en el trabajo*
*Universidad de Manizales*

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
MD ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y
SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DEL TRABAJADOR EXAMINADO

*Horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 5 pm - sábados de 7 am a 3 pm - Domingos y Festivos de 8am a 11am.*

Powered by CamScanner

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JAIRO OSORIO LOZANO, identificado(a) con CC 10177596, se encuentra afiliado(a) alFondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 12 de febrero de 2024.

El presente certificado emitido 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 09/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901384923 | **Cédula Usuario:** | CC 26947735 |
| **Nombre:** | CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS | | | | |
| **Dirección:** | KR 117 A 64 21 BR ENGATIVA | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | SANDRA.DIAZLOPEZ@HOTMAIL.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 3143238340 | | **Tarifa:** | 6.960 | |
| **Actividad Económica:** | 5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 26947735 | NEREIDA JIMENEZ TELLEZ |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 245 | 10/02/2024 | CC 79613898 | SUAREZ CORDOBA JOBER | 5 | 6.96000 | **Dependiente** |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

7403500F96A75EC90C800525BE133D33 Certificado impreso el día 2/9/2024 1:43:34 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

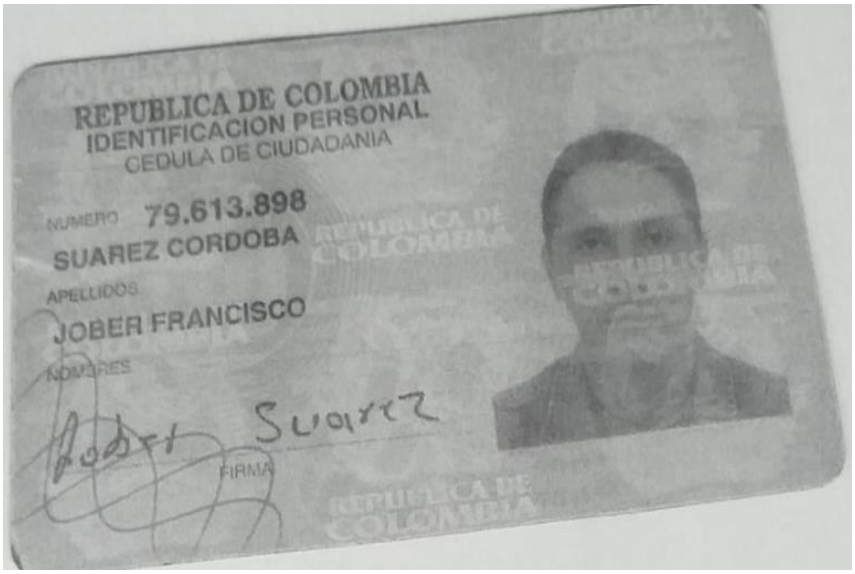
www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

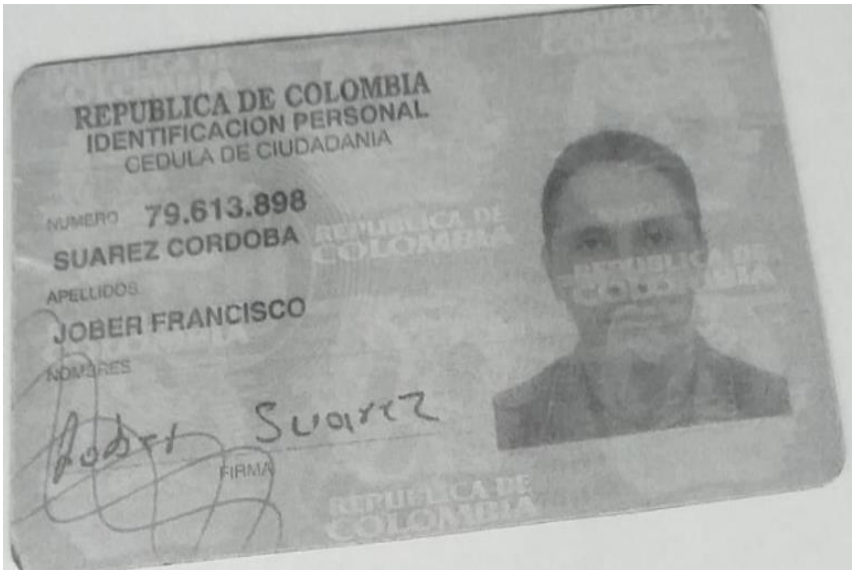
**JOBER FRANCISO**
**SUAREZ CORDOBA**
79613898

**CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS**
901384923

Este carné es personal e intransferible.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.613.898
SUAREZ CORDOBA
APELLIDOS
JOBER FRANCISCO
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1972
OTANCHE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
30-NOV-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
R-0706700-00164177-M-0079613898-20090725
0013868401A 1
7000016073


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.613.898
SUAREZ CORDOBA
APELLIDOS
JOBER FRANCISCO
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1972
OTANCHE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
30-NOV-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
R-0706700-00164177-M-0079613898-20090725
0013868401A 1
7000016073

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 09/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901384923 | **Cédula Usuario:** | CC 26947735 |
| **Nombre:** | CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS | | | | |
| **Dirección:** | KR 117 A 64 21 BR ENGATIVA | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | SANDRA.DIAZLOPEZ@HOTMAIL.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 3143238340 | | **Tarifa:** | 6.960 | |
| **Actividad Económica:** | 5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 26947735 | NEREIDA JIMENEZ TELLEZ |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 245 | 10/02/2024 | CC 79613898 | SUAREZ CORDOBA JOBER | 5 | 6.96000 | **Dependiente** |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

7403500F96A75EC90C800525BE133D33 Certificado impreso el día 2/9/2024 1:43:34 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**JOBER FRANCISO**
**SUAREZ CORDOBA**
79613898

**CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS**
901384923

Este carné es personal e intransferible.

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 79613898 |
| NOMBRES | JOBER FRANCISCO |
| APELLIDOS | SUAREZ CORDOBA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S." | SUBSIDIADO | 01/01/2023 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| **Fecha de Impresión:** | 02/09/2024 15:51:49 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

**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:

**JOBER FRANCISCO SUAREZ CORDOBA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.613.898**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 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.*

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 79613898 |
| NOMBRES | JOBER FRANCISCO |
| APELLIDOS | SUAREZ CORDOBA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S." | SUBSIDIADO | 01/01/2023 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| **Fecha de Impresión:** | 02/09/2024 15:51:49 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

**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:

**JOBER FRANCISCO SUAREZ CORDOBA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.613.898**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 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.*

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 08/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901384923 | **Cédula Usuario:** | CC 26947735 |
| **Nombre:** | CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS | | | | |
| **Dirección:** | KR 117 A 64 21 BR ENGATIVA | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | SANDRA.DIAZLOPEZ@HOTMAIL.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 3143238340 | | **Tarifa:** | 6.960 | |
| **Actividad Económica:** | 5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 26947735 | NEREIDA JIMENEZ TELLEZ |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 244 | 09/02/2024 | CC 80356887 | SUAREZ MAHECHA ENIO | 5 | 6.96000 | **Dependiente** |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

3C5E9767FACC6287C4F6549BEB07EA52 Certificado impreso el día 2/8/2024 7:37:17 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**ENIO**
**SUAREZ MAHECHA**
80356887

**CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS**
901384923

Este carné es personal e intransferible.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.356.887**
**SUAREZ MAHECHA**

APELLIDOS
**ENIO**

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-1976**
**PALERMO**
**(HUILA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.78** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. P.H | SEXO |

**24-OCT-1995 TOCAIMA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00304323-M-0080356887-20110527 0027085326A 1 4421347928

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ENIO SUAREZ MAHECHA identificado(a) con CC 80356887 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 08/07/2023 |
| 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 08 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.356.887**
**SUAREZ MAHECHA**

APELLIDOS
**ENIO**

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-1976**
**PALERMO**
**(HUILA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.78** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. P.H | SEXO |

**24-OCT-1995 TOCAIMA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00304323-M-0080356887-20110527 0027085326A 1 4421347928

Powered by CamScanner

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 08/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901384923 | **Cédula Usuario:** | CC 26947735 |
| **Nombre:** | CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS | | | | |
| **Dirección:** | KR 117 A 64 21 BR ENGATIVA | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | SANDRA.DIAZLOPEZ@HOTMAIL.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 3143238340 | | **Tarifa:** | 6.960 | |
| **Actividad Económica:** | 5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 26947735 | NEREIDA JIMENEZ TELLEZ |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 244 | 09/02/2024 | CC 80356887 | SUAREZ MAHECHA ENIO | 5 | 6.96000 | **Dependiente** |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

3C5E9767FACC6287C4F6549BEB07EA52 Certificado impreso el día 2/8/2024 7:37:17 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**ENIO**
**SUAREZ MAHECHA**
80356887

**CONSTRUCCIONES ASOCIADOS SAS**
901384923

Este carné es personal e intransferible.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ENIO SUAREZ MAHECHA identificado(a) con CC 80356887 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 08/07/2023 |
| 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 08 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 **ENIO SUAREZ MAHECHA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80356887,** se encuentra afiliado/a desde **27/11/1998** 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

IPSCOMPENSALUD

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL
IPS COMPENSALUD
NIT 900.339.158-6

FECHA DE EXAMEN 18/01/2024 TIPO EXAMEN: TRABAJO EN ALTURAS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos | SUAREZ MAHECHA ENIO | | | | | |
| Identificacion | CC 80356887 | Edad 47 | Genero | M | Grupo sanguíneo | A+ |
| Fecha de nacimiento | PALERMO-HUILA-22/09/1976- | | EPS : FAMISANAR | | | |

DATOS EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA | CONSTRUCCIONES ASOCIAD | NIT | 901384923-9 |
| CARGO | GERENTE | | |

EXAMENES REALIZADOS

| | | |
|---|---|---|
| ✓ EXAMEN AUDIOMETRIA | ✓ EXAMEN VISIOMETRIA | ✓ GLICEMIA BASAL |
| ✓ PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL-HDL-LDL-TRIGLICERIDOS) | | ✓ EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS |

CONCEPTO DE APTITUD

| | |
|---|---|
| CONCEPTO MEDICO | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS |
| OBSERVACIONES | NO PRESENTA SINTOMAS, NI SE EVIDENCIAN SIGNOS PARA (SARS COV2-COVID 19)ACTUALMENTE. |
| RECOMENDACIONES | CONTROL EPS<br>ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL<br>HABITOS DE VIDA SALUDABLE |

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)
✓ Inicio de actividad fisica
✓ Uso de EPP MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PROTECCION COVID 19
✓ Pausas activas

Declaracion de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clinica y no se emiten diagnosticos clinicos en este documento.

"El examinado certifica que no omitio dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta"

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

Firma y Sello del Medico
Nombre Dr. Vladimir Alberto Vega Rodriguez
Reg. Medico 72344909 RM.5614 del 26/04/2018

Firma del Paciente
Nombre : SUAREZ MAHECHA ENIO
CC 80356887

Direccion: CALLE 27 No. 14-72 SUR Telefono: 3115774953
web: www.ipscompensalud.com Correo ipscompensalud@gmail.com

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ENIO SUAREZ MAHECHA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80356887,** se encuentra afiliado/a desde **27/11/1998** 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

**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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.196.141
ARROYO MOSQUERA

APELLIDOS
LUILLY DANIEL

NOMBRES
luiguiArroyoM.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-2002
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-FEB-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01134254-M-1006196141-20200226 0070246194A 1 8500357581

**□ER□I□I□ADO DE A□ILIA□I□N**

**□AJA DE □OMPENSA□ION □AMILIAR □OMPENSAR**

**NI□8□0□0□□942-7**

Bo□ot□ D.C.□6 de □ebrero de 2□02□

**A □UIEN IN□ERESE**

Com□ensar□ Ca□a de Com□ensación Familiar□ certi□ica □ue el cliente se encuentra a□iliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE□con la si□uiente in□ormación□

| | |
|---|---|
| Ti□o de Identi□icación | □CC |
| No. de Identi□icación | □1006196141 |
| Nombre | □LUILLY DANIEL ARROYO MOSQUERA |
| Em□resa□Contratante | □SEINCO ARQUITECTURA SAS |
| Ti□o Identi□icación Em□resa | □NIT |
| No. Identi□icación Em□resa | □901424154 |
| Fecha de A□iliación a CCF | □202□02□0□ |
| Fecha de In□reso a la em□resa | □202□02□01 |
| Estado | □A□iliado |
| Cate□or□a | □A |

Con los si□uientes bene□iciarios inscritos□

| Nombre | Identi□icación | Parentesco | Cate□or□a | Recibe Subsidio | Valor Subsidio | Ult.Subsidio Recibido | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

La □resente certi□icación se e□□ide con destino a A QUIEN INTERESE □ tiene □i□encia de un mes a □artir de la □echa de e□□edición.

Esta certi□icación no es □□lida □ara □resentar los documentos re□ueridos □ara la acreditación del subsidio monetario□ considerando solo □alidos el □ormato de inscri□ción□ modi□icación a la Ca□a de Com□ensación Familiar □ la carta de radicación emitida □or Transacciones en L□nea□□rmada directamente □or el traba□ador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

**□ES□IONAR IN□ORMA□I□N EMPRESARIAL**

Elaboró□Portal Com□ensar

ISO 9001 icontec internacional SC 5892-14

FOR□PGIE□0044

VIGILADO SuperSubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.196.141
ARROYO MOSQUERA

APELLIDOS
LUILLY DANIEL

NOMBRES

luiguiArroyoM.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-2002
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-FEB-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01134254-M-1006196141-20200226 0070246194A 1 8500357581

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

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

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

**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

**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.

**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.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 | 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:** **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 [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.<br>Medico Especialista S.O.<br>Licencia. SDS<br>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.

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

**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.<br>Medico Especialista S.O.<br>Licencia. SDS<br>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.

**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

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

Famisanar EPS

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

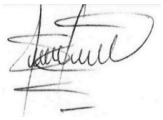
EPS FAMISANAR S.A.S.

**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<br>Teléfonos | 41 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS | CC<br>Tipo | 80033516<br>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

**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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 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 VÁCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01093428-M-1012439947-20190813
0067361576A 2
9909490101

**□ER□I□I□ADO DE A□ILIA□I□N**

**□AJA DE □OMPENSA□ION □AMILIAR □OMPENSAR**

**NI□8□0□0□□942-7**

Bo□ot□ D.C.□8 de □ebrero de 2□02□

**A □UIEN IN□ERESE**

Com□ensar□ Ca□a de Com□ensación Familiar□ certi□ica □ue el cliente se encuentra a□iliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE□con la si□uiente in□ormación□

| | |
|---|---|
| Ti□o de Identi□icación | □CC |
| No. de Identi□icación | □10124□9947 |
| Nombre | □JHONATAN NARCISO GON□ALE□ |
| Em□resa□Contratante | □SEINCO ARQUITECTURA SAS |
| Ti□o Identi□icación Em□resa | □NIT |
| No. Identi□icación Em□resa | □901424154 |
| Fecha de A□iliación a CCF | □202□05□15 |
| Fecha de In□reso a la em□resa | □202□05□15 |
| Estado | □A□iliado |
| Cate□or□a | □A |

Con los si□uientes bene□iciarios inscritos□

| Nombre | Identi□icación | Parentesco | Cate□or□a | Recibe Subsidio | Valor Subsidio | Ult.Subsidio Recibido | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

La □resente certi□icación se e□□ide con destino a A QUIEN INTERESE □ tiene □i□encia de un mes a □artir de la □echa de e□□edición.

Esta certi□icación no es □□lida □ara □resentar los documentos re□ueridos □ara la acreditación del subsidio monetario□ considerando solo □alidos el □ormato de inscri□ción□ modi□icación a la Ca□a de Com□ensación Familiar □ la carta de radicación emitida □or Transacciones en L□nea□□rmada directamente □or el traba□ador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

**□ES□IONAR IN□ORMA□I□N EMPRESARIAL**

Elaboró□Portal Com□ensar



VIGILADO SuperSubsidio


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.<br>Medico Especialista S.O.<br>Licencia. SDS<br>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.

Bo□ot□□Febrero 8 de 2024

Se□or□

JHONATAN NARCISO GON□ALE□
CC. 10124□9947
CL 000000000000
Ciudad

Re□□M□PYGA□F065. SOLICITUD INFORMACIÓN □AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la re□erencia□□ atendiendo su solicitud□nos □ermitimos in□ormarle □ue a la □echa de e□□edición de la □resente comunicación consta en nuestra base de datos □ue su a□iliación al r□□imen contributi□o de Salud Total EPS S.A. se reali□ó a □artir de octubre 24 de 2019. Los usuarios inscritos en su a□iliación son□

| N□□ □r□ | D□□□□ □□□□ | □□□□ | A□□□□□□□□ | S□□ □□□ | S□□ A□□ | P□r□□□□□□□ | E□□d□ A□□□□□□□□ | □□□□□d□ d□□□□□□□□□□ EPS | E□□d□ A□□□□ | D□□□□□□□d□d |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

De acuerdo con los re□istros de la base de datos□su □ru□o □amiliar □resenta la si□uiente relación laboral□

| R□□□□ □□□□□d□□□□□r□□□□ | U□□□r□ □□ □□□r□□□ | □□□□d□ □□□r□□□ | E□□d□ d□ □□□r□□□ |
|---|---|---|---|
| SEINCO ARQUITECTURA SAS | 901424154 | De□endiente | VIGENTE |

**□AR□A NO VALIDA PARA □RASLADO**

En Salud Total a□reciamos la con□an□a □ue usted ha de□ositado en nosotros □ es□eramos □ue usted □ su □amilia contin□en dis□rutando de nuestros ser□icios de salud con Calidad total. Cual□uier in□ormación adicional□con □usto ser□ atendida □or el □ersonal de ser□icio al cliente de la sede administrati□a de su ciudad□o □uede comunicarse con nuestra l□nea □ratuita 018000 1 14524 a ni□el nacional o en Bo□ot□ al tel□□ono 4854555.

Cordialmente□

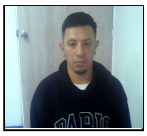


JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA□En caso re□uerido□este certi□icado es □□lido □ara la atención a tra□□s del R□□imen Subsidiado o como □oblación □incula□da□ si el Estado Actual es a□iliación cancelada□no□edad de retiro de traba□o□a□iliación no e□ecti□a e□clusión o anulación de la a□iliación□ siem□re □ cuando al momento de retiro o e□clusión no ha□a re□ortado mora. Si es mora□o cancelación □or □alta de □a□o□debe in□ormar a su a□ortante □ue debe □onerse al d□a en los □a□os

**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.<br>Medico Especialista S.O.<br>Licencia. SDS<br>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.

**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


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
020837037
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL020837037415001<<<<<<<<<<
0203281M3304134COL1000287310<1
RIVERA<ROMERO<<MIGUEL<ANGEL<<<

**□ER□I□I□ADO DE A□ILIA□I□N**

**□AJA DE □OMPENSA□ION □AMILIAR □OMPENSAR**

**NI□8□0□0□□942-7**

Bo□ot□ D.C.□8 de □ebrero de 2□02□

**A □UIEN IN□ERESE**

Com□ensar□ Ca□a de Com□ensación Familiar□ certi□ica □ue el cliente se encuentra a□iliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE□con la si□uiente in□ormación□

| | |
|---|---|
| Ti□o de Identi□icación | □CC |
| No. de Identi□icación | □1000287□10 |
| Nombre | □MIGUEL ANGEL RIVERA ROMERO |
| Em□resa□Contratante | □SEINCO ARQUITECTURA SAS |
| Ti□o Identi□icación Em□resa | □NIT |
| No. Identi□icación Em□resa | □901424154 |
| Fecha de A□iliación a CCF | □2024□02□07 |
| Fecha de In□reso a la em□resa | □2024□02□07 |
| Estado | □A□iliado |
| Cate□or□a | □A |

Con los si□uientes bene□iciarios inscritos□

| Nombre | Identi□icación | Parentesco | Cate□or□a | Recibe Subsidio | Valor Subsidio | Ult.Subsidio Recibido | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

La □resente certi□icación se e□□ide con destino a A QUIEN INTERESE □ tiene □i□encia de un mes a □artir de la □echa de e□□edición.

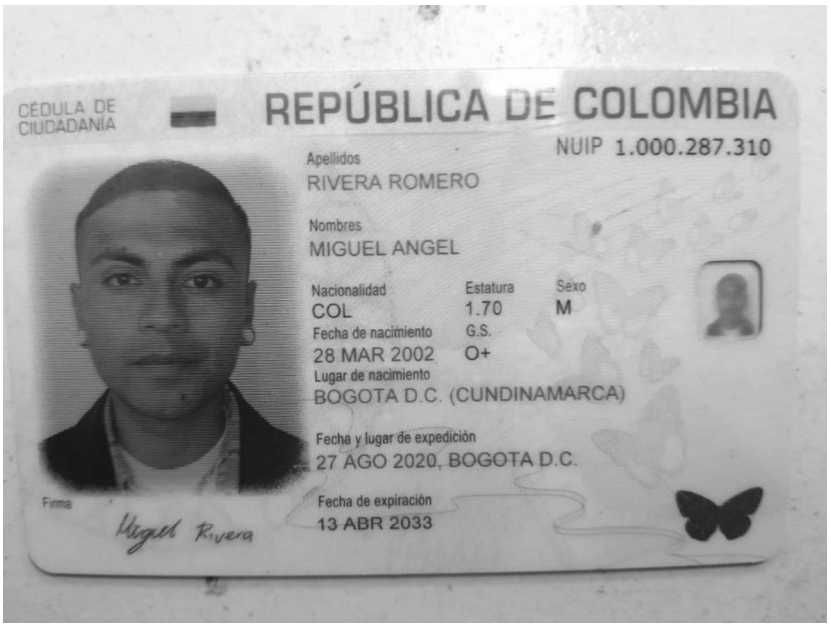
Esta certi□icación no es □□lida □ara □resentar los documentos re□ueridos □ara la acreditación del subsidio monetario□ considerando solo □alidos el □ormato de inscri□ción□ modi□icación a la Ca□a de Com□ensación Familiar □ la carta de radicación emitida □or Transacciones en L□nea□□rmada directamente □or el traba□ador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

**□ES□IONAR IN□ORMA□I□N EMPRESARIAL**

Elaboró□Portal Com□ensar



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:** **SI** |
| **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** | | |

## 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.<br>Medico Especialista S.O.<br>Licencia. SDS<br>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.

EPS SURA

**EPS Y MEDI□INA PREPA□ADA SURAMERI□ANA S□A□**
**A□ILIADOS □O□I□AN□ES □ENERAL**

Documento **NI 901424254** Ra□ón social **SEIN□O AR□UI□E□□URA S□A□S**

| Identi□icación | Nombre | Fecha inicio □i□encia | Fecha □in □i□encia | Per□odo inicio obli□ación □a□os |
|---|---|---|---|---|
| CC 1000287□10 | MIGUEL ANGEL RIVERA ROMERO | 06□02□2024 | VIGENTE | 02□2024 |

Total de a□iliados coti□antes **1**

**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** | | **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.<br>Medico Especialista S.O.<br>Licencia. SDS<br>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.

**SO□IEDAD ADMINIS□RADORA DE □ONDOS DE PENSIONES Y □ESAN□ÍAS PORVENIR S□A□**

E□ □□ □□□d□□□□□ d□ □d□ □□□□r□d□r□ d□□

**□ONDO DE PENSIONES Y □ESAN□ÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.□□1□□

# □ER□I□I□A □UE□

**JO□AN SE□AS□IAN RODRI□UE□ □A□ALA**□identi□icado□a□ con c□dula de ciudadan□a **1□007□299□999**□se encuentra a□iliado□a□al □□□**d**□ **d**□ **P**□□□□□□□□ **O**□□□□□□**r**□□□ **P**□**r**□□□**r** □ □□□□□**d**□ **d**□ □□□□□□□□□ **P**□**r**□□□**r**.

La □resente certi□icación se e□□ide el 8 de □ebrero del 2024.

Cordialmente□

Gerencia de Clientes

□□□□□ □□ □□□□□□

En este momento de su □ida□lo □ue m□s le con□iene es estar en un □ondo □ri□ado como Por□enir□□□or □ue□ □or□ue est□ acumulando semanas□ahorrando dinero □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 % | |
| 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

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


24-OCT-2001
FECHA DE NACIMIENTO
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
8500036880

**□ER□I□I□ADO DE A□ILIA□I□N**

**□AJA DE □OMPENSA□ION □AMILIAR □OMPENSAR**

**NI□8□0□0□□942-7**

Bo□ot□ D.C.□8 de □ebrero de 2□024

**A □UIEN IN□ERESE**

Com□ensar□Ca□a de Com□ensación Familiar□certi□ica □ue el cliente se encuentra a□iliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE□con la si□uiente in□ormación□

| | |
|---|---|
| Ti□o de Identi□icación | □CC |
| No. de Identi□icación | □1007297999 |
| Nombre | □JOHAN SEBASTIAN RODRIGUE□ □ABALA |
| Em□resa□Contratante | □SEINCO ARQUITECTURA SAS |
| Ti□o Identi□icación Em□resa | □NIT |
| No. Identi□icación Em□resa | □901424154 |
| Fecha de A□iliación a CCF | □2024□02□07 |
| Fecha de In□reso a la em□resa | □2024□02□07 |
| Estado | □A□iliado |
| Cate□or□a | □A |

Con los si□uientes bene□iciarios inscritos□

| Nombre | Identi□icación | Parentesco | Cate□or□a | Recibe Subsidio | Valor Subsidio | Ult.Subsidio Recibido | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

La □resente certi□icación se e□□ide con destino a A QUIEN INTERESE □ tiene □i□encia de un mes a □artir de la □echa de e□□edición.

Esta certi□icación no es □□lida □ara □resentar los documentos re□ueridos □ara la acreditación del subsidio monetario□ considerando solo □alidos el □ormato de inscri□ción□ modi□icación a la Ca□a de Com□ensación Familiar □ la carta de radicación emitida □or Transacciones en L□nea□□rmada directamente □or el traba□ador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

**□ES□IONAR IN□ORMA□I□N EMPRESARIAL**

Elaboró□Portal Com□ensar


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


24-OCT-2001
FECHA DE NACIMIENTO
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
8500036880

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# □ER□I□I□A □UE□

El □La□Se□or□a□JOHAN SEBASTIAN RODRIGUE□ □ABALA□identi□icado con CC 1007297999□se Encuentra A□iliado □a□a Nuestra EPS en condición de 1□COTI□ANTE

Los si□uientes son los datos b□sicos de dicha a□iliación□

| | |
|---|---|
| □□□□□**d**□**A**□□□□□□□□**d**□**S**□**r**□□□□□□□ | □**O**□**ER**□**URA INI**□**IAL** |
| **IPS** □□□□□□□□□ | □**A**□**AM** □**AJA DE** □**OMPENSA**□**ION** □**AMILIAR** |
| □□□□□□**r**□□□ | **A** |
| **E**□□□**d**□□ | **A**□□**IVO** |

La □resente solicitud se e□□ide a solicitud del □de la□interesado□a□en Bo□ot□ □**UIEN IN**□**ERESE**□a los 08 d□as del mes de □ebrero del a□o 2024.

La certi□icación tiene □alide□de un mes con res□ecto a la □echa de □eneración.

**O**□□□**r**□□□□□□□□□

NO V□LIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente□



Fred□Ale□ander Caicedo Sierra
□Director O□eraciones
Comerciales
**EPS** □**AMISANAR S**□**A**□**S**□

**□ER□I□I□ADO DE A□ILIA□I□N**

**□AJA DE □OMPENSA□ION □AMILIAR □OMPENSAR**

**NI□8□0□0□□942-7**

Bo□ot□ D.C.□8 de □ebrero de 2□024

**A □UIEN IN□ERESE**

Com□ensar□Ca□a de Com□ensación Familiar□certi□ica □ue el cliente se encuentra a□iliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE□con la si□uiente in□ormación□

| | |
|---|---|
| Ti□o de Identi□icación | □CC |
| No. de Identi□icación | □1007297999 |
| Nombre | □JOHAN SEBASTIAN RODRIGUE□ □ABALA |
| Em□resa□Contratante | □SEINCO ARQUITECTURA SAS |
| Ti□o Identi□icación Em□resa | □NIT |
| No. Identi□icación Em□resa | □901424154 |
| Fecha de A□iliación a CCF | □2024□02□07 |
| Fecha de In□reso a la em□resa | □2024□02□07 |
| Estado | □A□iliado |
| Cate□or□a | □A |

Con los si□uientes bene□iciarios inscritos□

| Nombre | Identi□icación | Parentesco | Cate□or□a | Recibe Subsidio | Valor Subsidio | Ult.Subsidio Recibido | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

La □resente certi□icación se e□□ide con destino a A QUIEN INTERESE □ tiene □i□encia de un mes a □artir de la □echa de e□□edición.

Esta certi□icación no es □□lida □ara □resentar los documentos re□ueridos □ara la acreditación del subsidio monetario□ considerando solo □alidos el □ormato de inscri□ción□ modi□icación a la Ca□a de Com□ensación Familiar □ la carta de radicación emitida □or Transacciones en L□nea□□rmada directamente □or el traba□ador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

**□ES□IONAR IN□ORMA□I□N EMPRESARIAL**

Elaboró□Portal Com□ensar

**SO□IEDAD ADMINIS□RADORA DE □ONDOS DE PENSIONES Y □ESAN□ÍAS PORVENIR S□A□**

E□ □□ □□□d□□□□□ d□ □d□ □□□□r□d□r□ d□□

**□ONDO DE PENSIONES Y □ESAN□ÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.□□1□□

# □ER□I□I□A □UE□

**JO□AN SE□AS□IAN RODRI□UE□ □A□ALA**□identi□icado□a□ con c□dula de ciudadan□a **1□007□299□999**□se encuentra a□iliado□a□al □□□**d**□ **d**□ **P**□□□□□□□□ **O**□□□□□□**r**□□□ **P**□**r**□□□**r** □ □□□□□**d**□ **d**□ □□□□□□□□□ **P**□**r**□□□**r**.

La □resente certi□icación se e□□ide el 8 de □ebrero del 2024.

Cordialmente□

Gerencia de Clientes

□□□□□ □□ □□□□□□

En este momento de su □ida□lo □ue m□s le con□iene es estar en un □ondo □ri□ado como Por□enir□□□or □ue□ □or□ue est□ acumulando semanas□ahorrando dinero □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** | |
| **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** | |

**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 | 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.<br>Medico Especialista S.O.<br>Licencia. SDS<br>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.

# □ER□I□I□A □UE□

El □La□Se□or□a□JOHAN SEBASTIAN RODRIGUE□ □ABALA□identi□icado con CC 1007297999□se Encuentra A□iliado □a□a Nuestra EPS en condición de 1□COTI□ANTE

Los si□uientes son los datos b□sicos de dicha a□iliación□

| | |
|---|---|
| □□□□□**d**□**A**□□□□□□□□**d**□**S**□**r**□□□□□□□ | □**O**□**ER**□**URA INI**□**IAL** |
| **IPS** □□□□□□□□□ | □**A**□**AM** □**AJA DE** □**OMPENSA**□**ION** □**AMILIAR** |
| □□□□□□**r**□□□ | **A** |
| **E**□□□**d**□□ | **A**□□**IVO** |

La □resente solicitud se e□□ide a solicitud del □de la□interesado□a□en Bo□ot□ □**UIEN IN**□**ERESE**□a los 08 d□as del mes de □ebrero del a□o 2024.

La certi□icación tiene □alide□de un mes con res□ecto a la □echa de □eneración.

**O**□□□**r**□□□□□□□□□

NO V□LIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente□



Fred□Ale□ander Caicedo Sierra
□Director O□eraciones
Comerciales
**EPS** □**AMISANAR 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** | |
| **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** | |

**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 | 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.<br>Medico Especialista S.O.<br>Licencia. SDS<br>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.

# SuAporte | Constancia de Pago Afiliados

**Nro Planilla:** 68733871 **Fecha de creación del** lunes, 05 de febrero de 2024 07:53:49 PM **Período de Cotización:** 2023-12

**Período de Servicio:** 2024-01

**Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS.

## PAGADA 05/02/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 2024-02-05, la empresa SEINCO ARQUITECTURA SAS con documento de identificación CC80033516, canceló los aportes de seguridad social correspondientes a los siguientes empleados y dirigido a las siguientes entidades:

**DATOS DE LOS AFILIADOS**

| 1. Documento | 2. Apellidos y Nombres | 3. AFP | 4. EPS | 5. ARP | 6. CCF | 7. Pagó ICBF | 8. Pagó SENA | 9. Pagó FSP | 10. Pagó MEN | 11. Pagó ESAP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1006196141 | ARROYO MOSQUERA LUILLY DANIEL | PORVENIR | EPS SANITAS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | NO | NO | NO | NO | NO |
| CC 1012439947 | NARCISO GONZALEZ JHONATAN | PORVENIR | SALUD TOTAL EPS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | NO | NO | NO | NO | NO |
| CC 1015424515 | BENAVIDES MONTAÑA JAIR ANDRES | PROTECCION | FAMISANAR EPS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | NO | NO | NO | NO | NO |
| CC 1136684588 | TEQUIA PIERNAGORDA JUAN SEBASTIAN | COLPENSIONES | EPS SANITAS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | NO | NO | NO | NO | NO |



**Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-02-05, 07:50:08 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2023 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | enero de 2024 |
| **Empresa** | SEINCO ARQUITECTURA SAS |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 80033516 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 68733871 |
| **Tipo de Planilla** | E |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 439002017 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 936.700 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.suaporte.com.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 2 | $ 371.200 | $ 10.800 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 1 | $ 92.800 | $ 2.700 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 6.200 | $ 200 |
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS | 2 | $ 48.000 | $ 1.400 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | $ 23.200 | $ 700 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL EPS | 1 | $ 46.400 | $ 1.400 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 4 | $ 204.700 | $ 6.000 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 4 | $ 117.600 | $ 3.400 |
| | | **SubTotales:** | | $ 910.100 | $ 26.600 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 936.700 |



**Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.**

**Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

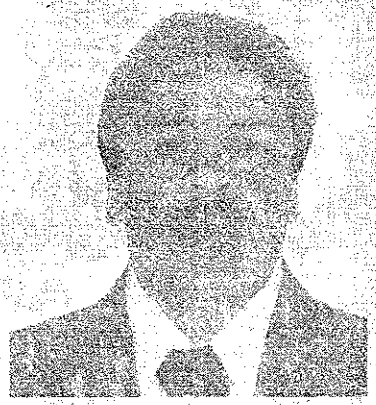
NÚMERO 80.371.923
MARTINEZ URREGO

APELLIDOS
ALEXANDER

NOMBRES

ALEXANDER MARTINEZ

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

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



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 | Triglicéridos | 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:** | HUELLA |
| **NOMBRE DEL MEDICO: DR. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR** | **NOMBRE: MARTINEZ URREGO ALEXANDER** | |
| | **DOCUMENTO: 80371923** | |

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 | Exonerado | 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



NÚMERO **79.375.332**

**PAEZ FONSECA**

APELLIDOS

**ALVARO**

NOMBRES

Alvaro Paez Fonseca

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-FEB-1965**

**BUCARAMANGA**
**(SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.75** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**30-ENE-1985 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2500100-01107358-M-0079375332-20191101 **00686**48902A 1 7605687927

Eps Sanitas

Fondo pensiones protección

alvaropaez6502@Gmail.com

Adriana Sanabria 3203488189

Carrera 53 c # 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** | 79375332 |
| **Nombre:** | ALVARO  PAEZ FONSECA |
| **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 6:41:43 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

174198577

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

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X | A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X; - Beneficiario o Afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐ | A. Contributivo X B. Subsidiado ☐ |

| 4. Tipo de Afiliado | 5. Tipo de Cotizante | Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante X B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ | A. Dependiente X 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 | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| PAEZ | FONSECA | ALVARO | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC X PA ☐ SC ☐ | 79.375.332 | Femenino ☐ Masculino X | 01 02 1965 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**Datos Personales**

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| ☐ ☐ | Tipo F X M ☐ Condición T ☐ P ☐ | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| colpatria. | PROTECCION | 1.300.000 |

| 18. Residencia | | |
|---|---|---|
| Dirección | | Teléfono Fijo |
| CR 53C # 47-52 | | |
| Teléfono Celular | Correo Electrónico | |
| 3118380847 | alvaropaez6502@gmail.com | |
| Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
| BOGOTA | Urbana X Rural ☐ | | 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 | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐ | | Femenino ☐ Masculino ☐ | D D M M A A A A |

**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 | | | | |

**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 | 31. Discapacidad 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 zona In. | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

## 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: Calle 116 # 15-36 | Teléfono Fijo:

Correo Electrónico: construccion.ambar@gmail.com | Municipio / Distrito: Bogota | Departamento: 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 |
|---|---|
| Alvaro 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 | |

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **PAEZ FONSECA ALVARO** identificado(a) con **CC** número **79.375.332** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de febrero de 2020 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 CONSERVADOR
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de enero 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

2024011811403

## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **PAEZ FONSECA ALVARO, CC - 79375332**, 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 **18 de enero de 2024** a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**
Jefe Departamento Subsidio

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, 19 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,

Alvaro Reis Lonseca
NOMBRE PROFESIONAL
CC 79.375.332

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
**JAIME HERRERA OSORIO**

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 00:52:44 horas del 19/01/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79375332,** Apellidos y Nombres **PAEZ FONSECA ALVARO**

**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

MEDIPLUS

DR. ALVARO ANDRES CARREÑO VELAZCO
MEDICO GENERAL, ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION No 0658 DE 2017

MEDIPLUS MEDIPLUS MEDIPLUS

# CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

## INFORMACION GENERAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA Y LUGAR:** | 2024-01-18 | BOGOTÁ | **EXAMEN:** | INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA | | | |
| **NOMBRE DEL PACIENTE:** | PAEZ FONSECA ALVARO | | | | | | |
| **IDENTIFICACION:** | CC 79375332 | | **RH:** | O+ | **EDAD:** | 59,0 | **GENERO:** M |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | 1965-02-01 | | **TELEFONO DE CONTACTO:** | 3203488189 | | | |

## INFORMACION LABORAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA EN MISION:** | CONSTRUCCIONES AMBAR SAS | **NIT** | 901401153-8 |
| **ESCOLARIDAD:** | PRIMARIA | **CARGO A DESEMPEÑAR:** | AYUDANTE |

## EXAMENES PRACTICADOS

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

Exámenes 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 Resolución 4272: SI X

Apto para laborar en Espacios Confinados: SI X NO N/A

Apto para el cargo SI X NO N/A

## OBSERVACIONES

Capacitación y certificación para trabajo seguro en alturas (Res 4272).

## RECOMENDACIONES

* Realizar control por optometría en su EPS.
* Realizar pausas activas.
* Estilos de vida saludable
* Evitar posturas prolongadas. Ejercicio físico.
* Uso de protección auditiva.
* Realizar valoración por nutrición en su EPS.

## INFORMACION ADICIONAL

Niega signos síntomas relacionados con el síndrome respiratorio (SARS-COVID19), niega morbilidades preexistentes que lo identifiquen como población en riesgo para (SARS-COVID19) según circular 030 del 2020

| PROFESIONAL | PACIENTE | |
|---|---|---|
| Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. de Buenos Aires Arg. FAN Y FUA<br>FIRMA Y SELLO<br>NOMBRE DEL MEDICO: DR. ALVARO ANDRES CARREÑO VELAZCO | FIRMA: Alvaro Paez Fonseca<br>NOMBRE: PAEZ FONSECA ALVARO<br>DOCUMENTO: CC 79375332 | HUELLA |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.973.059
LOAIZA VERA

APELLIDOS
ARNOBEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

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

A-1500150-00007421-M-0005973059-20060507 0000254760A 1 1390008792

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: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
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 | | | |
|---|---|---|---|
| LOAIZA<br>Primer apellido | VERA<br>Segundo apellido | ARNOBEL<br>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<br>**Dirección** | **Telefono fijo** | 3216592456<br>**Telefono celular** | ARNOBELLOAIZA640@GMAIL.COM<br>**Correo electronico** |
|---|---|---|---|

| BOGOTA<br>**Municipio/Distrito** | **zona** Urbana ☒ Rural ☐ | **Localidad / comuna** | BOGOTA<br>**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 Femenino | 27.Sexo Masculino | 28.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

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

**32. Datos de residencia**

| | Municipio/Distrito | Zona Urbana | Zona 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 | | | | | | |

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<br>Dirección | 5066544<br>Teleéfono | CONSTRUCCION.AMBAR@GMAIL.COM<br>Correo electrónico | BOGOTA<br>Municipio/distrito | BOGOTA<br>Departamento |
|---|---|---|---|---|