labor entregado por parte de EL EMPLEADOR a EL TRABAJADOR contiene el nombre de la empresa y/o signos distintivos de la misma, a la fecha de la terminación del contrato individual de trabajo por cualquier causa legal, debe este último, efectuar la correspondiente devolución completa de dicha dotación, en caso contrario autoriza expresamente y mediante la suscripción del presente convenio, de manera libre y espontánea a EL EMPLEADOR, para que de sus acreencias laborales, cualquiera fuere su naturaleza, le sea descontada una suma igual a un (1) salario mínimo legal mensual vigente. VIGÉSIMA QUINTA. CLÁUSULA DE VIGENCIA: El presente acuerdo anula, y reemplaza cualquiera otro que en forma verbal o escrita se haya estipulado entre las mismas partes y con el mismo objeto. VIGÉSIMA SEXTA. EL TRABAJADOR, mediante la suscripción del presente escrito hace constar expresamente y por escrito que es de su conocimiento pleno el contenido del presente documento, el cual le fue puesto a su consideración previamente y que, en señal de su aceptación total, firma el mismo de su puño y letra, a los Treinta y un (31) días del mes de Enero de 2025, en dos ejemplares, del mismo tenor y valor, en la ciudad de Bogotá D.C., departamento de Cundinamarca.

LEONARDO IVAN RAMIREZ BERNAL
Representante Legal
Nit 901.896.922-9
CONTRATANTE

MARCO ANTONIO LOPEZ RODRIGUEZ
CC No. 79.713.343
CONTRATISTA

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DIA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ Ciudad	Examen de Ingreso

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

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
CUMBRE INGENIERIA SAS	BOGOTA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Documento de identificación Tipo	Número
LOPEZ	RODRIGUEZ	MARCO	ANTONIO	50 Años	CC	79713343

Cargo	**Sección / Empresa en Misión**
Director de Obra	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo. ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ○ SI ● NO

Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ● NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	○	○	

Recomendaciones:

CONTINUAR EL USO DE GAFAS PARA LABORAR , CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA ,USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.Realizar pausas o periodos cortos de descanso, realice ejercicios de relajamiento de los músculos de la columna y de los brazos como medida preventiva osteomuscular

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Optometría ☑ Espirometría

Otros exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

"SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD"

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:

* Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
* Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
* Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
* Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
* Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
* Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:

* Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).
Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:

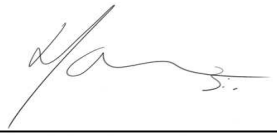


Firma: _____

Nombre: Dr(a) ADRIANA PAOLA DIAZ PEREZ

Registro Médico: 255043 Licencia Salud Ocupacional: 5389

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:



Firma: _____

Nombre: MARCO ANTONIO LOPEZ RODRIGUEZ

Documento: CC 79713343

Medellín, 31 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CUMBRE INGENIERÍA SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - OBRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79713343	LOPEZ RODRIGUEZ MARCO ANTONIO	31/01/2025		44163190	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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:C799096772503145379

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 12:36:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.116.175.145, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA