



VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.:FT-MO-Vm-21

Versión : 5

Fecha: 01/12/2023

Página: 1

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Fecha Valoración Médica: 2026-01-06

Fecha Cierre Concepto: 2026-01-06

Nombre: YINER YEIFER CAICEDO VALENCIA

Empresa: Particular

En Misión:

Departamento del Examen: VALLE DEL CAUCA

Sede del Examen: BUENAVENTURA

Cedula de Ciudadanía: 1111744185

ARL: NO TIENE

Tipo de examen: EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL PRE-INGRESO

Edad: 39

CIU: N/A

Ciudad del Examen: Buenaventura

Cargo: CONDUCTOR

AFP: No Tiene

EPS: COOSALUD



Para tomar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclínicos:

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO,

CONCEPTO MÉDICO LABORAL DE APTITUD: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

REMISIÓN

NINGUNA

Observación: NINGUNA

RESTRICCIÓN

NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Hábitos de vida saludables, Ejercicio Regular, Uso de E.P.P según matriz de riesgos, Realizar pausas activas, Autocuidado, Higiene postural, Reportar accidentes de trabajo oportunamente, Prevención de accidentalidad, Sin Restricciones para el cargo de acuerdo al perfil de riesgo de la empresa contratante

TRABAJO ESPECIAL

Trabajo en alturas: NO APLICA

Trabajo en altitudes > 2500 mts: NO APLICA

Trabajo en espacios confinados: NO APLICA

Trabajo con energía peligrosa: NO APLICA

Trabajo con radiaciones ionizantes: NO APLICA

Trabajo en altas temperaturas: NO APLICA

Trabajo con izaje de Cargas: NO APLICA

Trabajo en caliente: NO APLICA

Manipulación de alimentos: NO APLICA

Trabajo en ambientes hiperbáricos: NO APLICA

Trabajo como brigadista: NO APLICA

Conducción de vehículos: NO APLICA

Manipulación de sustancias químicas: NO APLICA

Trabajo en bajas temperaturas: NO APLICA

Manipulación de Productos para el Consumo Humano (Productos de Limpieza, Cosméticos, Cuidado Personal): NO APLICA

PVE VISUAL: ☐PVE ERGONÓMICO: ☒PVE QUÍMICO: ☐PVE AUDITIVO: ☐PVE CARDIOVASCULAR: ☐PVE RADIACIONES IONIZANTES: ☐PVE RESPIRATORIO: ☐PVE PSICOSOCIAL: ☒PVE BIOLÓGICO: ☐

OBSERVACIONES GENERALES

1) HABITOS DE VIDA SALUDABLE 2) USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 3) PAUSAS ACTIVAS

YINER YEIFER CAICEDO VALENCIA
Cedula de Ciudadanía: 1111744185

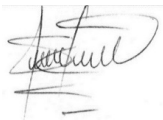
LUIS CARLOS LUNA HERAZO
Cedula de Ciudadanía: 94552034
Registro: 122068
Lic: 2376

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YINER YEIFER CAICEDO VALENCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1111744185**, se encuentra afiliado/a desde **08/01/2026** 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 13 de enero de 2026.



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



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS
SAS

ESSC62

Formulario No. 3545825355418

Fecha de radicación 13/01/2026

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia ☒ -Beneficiario o afiliado adicional ☐ B.Colectiva ☐ C.Institucional ☐ D.De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☒
Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código	
A.Cotizante ☒ B.Cabeza de familia ☐ C.Beneficiario ☐	A.Dependiente ☐ B.Independiente ☒ C.Pensionado ☐	registrar por la EPS 3	

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
CAICEDO	VALENCIA	YINER	YEIFER	
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación	
CC	1111744185	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál:	
Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA	31/07/1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoría de discapacidad
06 - Otros		SI ☐ NO ☒	Ninguna
Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI ☐ NO ☒	No aplica		
Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
00-0: Sin ARL	0000: Sin AFP	\$ 1.750.905	
Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
CALLE 9E CRA 55D 6-93		3163015390	yiner.caicedo@gmail.com
Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA	0 - SIN LOCALIDAD	Cab Municipal ☒ Centro poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	HOSPITAL SAN AGUSTIN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - CORREGIMIENTO DE PUERTO MERIZALDE	55278 Sede: 01

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones		
YINER YEIFER CAICEDO VALENCIA	CC1111744185			
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 9E CRA 55D 6-93		yiner.caicedo@gmail.com	BUENAVENTURA	VALLE DEL CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS
SAS

ESSC62

Formulario No. 3545825355418

Fecha de radicación 13/01/2026

☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 3. Actualización del documento de identificación	☒ 14. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:	☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero	☐ B. Diferente Régimen
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 17. Reporte de trámite de protección al cesante.
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.	☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
	☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación
Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones		
	09/01/2026					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
☒ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
☒ 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
☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
☒ 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
☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la contribución solidaria

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número de documento de identidad	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3545825355418

Fecha de radicación 13/01/2026

☐ 56. Anexo copia de documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total	0
Cantidad:										
☐ Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas										
☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud										
☐ 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 unión marital										
☐ Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia										
☐ 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										
☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente										
☐ Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital										
☐ 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										

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario		
Tipo de documento de identificación		Número de identificación				

Observaciones

Observaciones: La afiliación se realizó por medio de un cargue masivo.

Empresa:, Asesor:Usuario novedades SAT, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:prueba2@asmetsalud.com

Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código: 72EAAEB5-6072-4308-A

Url: <http://boxaludrc.asmet.salud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx>

...cuida la salud de mi familia!