Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolivar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

TELÉFONO:6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-01-17

Nombres y apellidos:HILARY TATIANA MURILLO BRAVO
Fecha de nacimiento:06/02/1998
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:CONTRATISTA
Departamento:VALLE
ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1111815688
Edad:27 **Sexo:**FEMENINO
Fecha Ingreso:2026-01-17 / 08:34:23
Fecha salida:2026-01-17 / 08:40:45
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:NO REFIERE



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CARDIOVASCULAR: CONTROL PESO
OTROS: NO

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

HILARY TATIANA MURILLO BRAVO
CC: 1111815688
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolivar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

TELÉFONO:6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-01-17

Nombres y apellidos:HILARY TATIANA MURILLO BRAVO
Fecha de nacimiento:06/02/1998
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:CONTRATISTA
Departamento:VALLE
ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1111815688
Edad:27 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-17 / 08:34:23
Fecha salida:2026-01-17 / 08:40:45
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:NO REFIERE



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: CONTROL MEDICO EN EPS

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

HILARY TATIANA MURILLO BRAVO
CC: 1111815688
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MURILLO BRAVO HILARY TATIANA** identificado(a) con **CC** número **1.111.815.688** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2023 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 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 16 de enero de 2026.

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
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -
Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Nro. De Radicado | Fecha de Radicado: 20/01/2025

I. Datos del tramite

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o Afiliado Adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐
7. Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACION

A. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres: Murillo | Bravo | Hilary | Tatiana
9. Tipo de Documento de Identidad: CC
10. N° de Documento de Identidad: 1111815668
11. Sexo biológico: Femenino ☒ Masculino ☐
12. Sexo Identificación: F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐
13. Nacionalidad: colombiana
14. Lugar de nacimiento: País: Colombia | Departamento: Valle | Municipio: Bitra
15. Fecha de nacimiento: 04/02/1998

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia ☐
17. Comunidad ☐
18. Discapacidad: Si ☐ No ☒ Categoría de la discapacidad: ☐
19. Tiene encuesta SISBEN: Si ☐ No ☒
20. Clasificación SISBEN: Nivel: ☐ Grupo: ☐
21. Grupo de Población Especial ☐
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva.
23. Administradora de Pensión: Protección
24. Ingreso Base de Cotización-IBC: 1'750.905
25. Tarifa contribución solidaria ☐
26. Residencia: Cl 3 # 17 - 84 | Teléfono Fijo: 13183266947 | hilarymurillo@gmail.com
Departamento: Valle | Municipio/Distrito: Bitra | Localidad/Comuna: playita
Zona: Cabecera municipal ☒ Rural disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

27. Apellidos y Nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
28. Tipo de Documento de Identidad ☐
29. N° de Documento de Identidad ☐
30. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐
31. Sexo Identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐
32. Nacionalidad ☐
33. Lugar de nacimiento: País ☐ | Departamento ☐ | Municipio ☐
34. Fecha de nacimiento ☐

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

35. Apellidos y Nombres

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

	36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de Nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45.Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	No	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	No	Categoría de discapacidad	50.Incapacidad permanente: SI	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de Residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Viva 1A IPS Buenaventura	94613
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o Razón Social ☐
56. Tipo de Documento de Identidad ☐
57. Número de Identificación ☐
58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A registrar por la EPS) ☐
59. Ubicación: Dirección ☐ | Teléfono ☐ | Correo Electrónico ☐ | Departamento ☐ | Municipio/Distrito ☐

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o perdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
- ☒ 15. Traslado: A. Mismo Régimen ☒ B. Diferente Régimen ☐
- ☐ 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del tramite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria

AM 2442

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Emssanar	DD / MM / AAAA		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 73. 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
- ☐ 74. 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.
- ☐ 75. 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.
- ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. 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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad:	Número del documento de Identidad:

IX. FIRMAS

X Hilary Murillo	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad; cantidad de documento de Indentidad anexos — CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- ☐ 85. 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.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. 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
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 91. 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.

Total Anexos ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Numero de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA

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