

AYUDANTE DE OBRA
SENA - BOGOTÁ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.193.087.406**
SALAMANCA DIVANTOQUE

APELLIDOS
YORDIS DAVID

NOMBRES
Yordis Salamanca
FIRMA



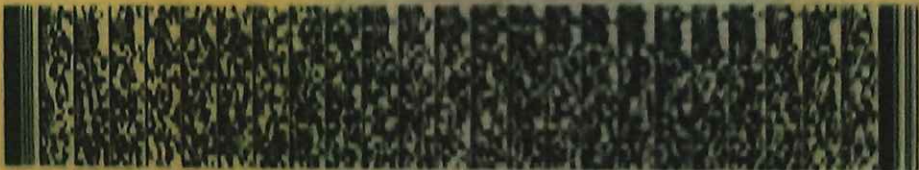
FECHA DE NACIMIENTO **30-OCT-2002**
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 **B+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-ENE-2021 MANI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-4652000-01204668-M-1193087406-20210125 0073193626A 1 55476946



DRA NAYIVE NIÑO AGUILLÓN

Medica Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

NIT: 40040871-5

CONTACTOS
3114628068 - 3214059880
consultoriolaboral2020@gmail.com
Calle 25 # 22 - 40 Cons. 303
Paipa (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: YORDIS DAVID SALAMANCA DIVANTOQUE			GÉNERO: Masculino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 1193087406	FECHA NACIMIENTO: 30/10/2002	EDAD: 22 año(s) 8 mes(es) 25 día(s)
EMPRESA CONTRATANTE: REDEX SAS		TIPO EXAMEN: Ingreso	
CARGO DESEMPEÑAR: AYUDANTE DE OBRA	JORNADA TRABAJO: Diurno	FECHA: 24/07/2025	

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES				X	Ninguna
1.1. Remisión a EPS	1.3. Completar esquema vacunación	1.5. Suspender tabaquismo	1.7. Control de peso y nutrición		
1.2. Continuar manejo médico	1.4. Inicio o continuar actividad física	1.6. Reducir consumo de alcohol	1.8. Otras		

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES					Ninguna
2.1. Calificación de origen	2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X	2.7. Pausas activas		2.9. Uso diario de bloqueador solar
2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	X	2.5. Uso de elementos de protección personal	2.8. Uso de corrección visual		2.10. Otros
2.3. Seguimiento por ARL	2.6. Pautas ergonómicas				

3. RESTRICCIONES				X	No Aplica
3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts	3.4. Trabajos en temperaturas bajas	3.7. Trabajo en espacios confinados	3.10. Cargas		
3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts	3.5. Trabajo en temperaturas altas	3.8. Para conducción de vehículos	3.11. Viajes		
3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos	3.6. Trabajos con riesgo eléctrico	3.9. Manipulación de alimentos	3.12. Otros		

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: ☒ Ingreso ☐ Periódico ☐ Retiro ☐ Post Incapacidad ☐ Cambio Cargo ☐ Trabajos Especiales

X	Concepto Sin Restricciones para el cargo	Sin Restricciones para trabajo eléctrico	Requiere evaluar reubicación laboral	Sin restricción para continuar su labor actual
	Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)	Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas	Requiere nueva valoración	Sin diagnóstico de enfermedad laboral
	Aplazado	Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados	Satisfactorio	Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
	Sin Restricciones para manipulación de alimentos	Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria	Enfermedades de origen común	Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
	Sin Restricciones para trabajo en alturas			

5. EXÁMENES REALIZADOS

X	Examen Físico	Rx Tórax	Perfil Lipídico	TSH	Frotis Faríngeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular	Rx Columna Lumbo Sacra	Perfil Hepático	Serología	KOH Uñas
	Audiometría	Cuadro Hemático	Perfil Renal	Ácido Úrico	Coprológico
	Optometría	Glicemia	Frotis Sangre Periférica	Tamizaje Drogas	Baciloscopia
	Espirometría	Electrocardiograma	Hemoclasificación	Alcohol	Evaluación Neuropsicológica
	Visiometría	Parcial de Orina	Epermograma	Colinesterasa	X Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Condiciones de salud compatibles para el cargo a desempeñar con las siguientes recomendaciones:
Tamizaje visual y auditivo normales
Hábitos de higiene postural.
Indicaciones pausas activas.
Indicaciones uso de elementos de protección personal

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

NAYIVE IRLANDA NIÑO AGUILLÓN
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 15148204
L.S.O.: 1679

PACIENTE:

YORDIS DAVID SALAMANCA DIVANTOQUE



Medellín, 24 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

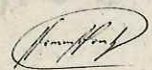
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de REDEX SAS.

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: 0000000036 SENA - BOGOTÁ			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1193087406	SALAMANCA DIVANTOQUE YORDIS DAVID	28/07/2025		91152223	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 24/07/2025 11:23:48 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.108.110, 198.143.41.24, 172.16.42.57



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	1193087406
NOMBRES	YORDIS DAVID
APELLIDOS	SALAMANCA DIVANTOQUE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	SOGAMOSO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/23/2025 11:09:27 Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	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. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres SALAMANCA Primer apellido	DIVANTOQUE Segundo apellido	YORDIS Primer Nombre	DAVID Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1.193.087.406	9. sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 3 0 1 0 2 0 0 2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA	16. Administradora de Pensiones PORVENIR	17. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1.423.500	
18. Residencia Cra 25a # 28-05 barrio villa Vianey Direccion		3125749684 Telefono celular	Davibsalamanca@gmail.com Correo electrónico
PAIPA Municipio/Distrito	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna	BOYACÁ Departamento

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

19. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer Nombre Segundo Nombre	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
--	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer Nombre Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1				D D M M A A A A
B2				D D M M A A A A
B3				D D M M A A A A
B4				D D M M A A A A
B5				D D M M A A A A

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

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

C	B	B	B	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

35. Nombre o razón social REDEX SAS	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 820.000.817-5	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación CALLE 47B No. 7-31 CASA INTERIOR 5 Direccion	7403216 Telefono	REDEXLTDA97@GMAIL.COM Correo electrónico	TUNJA Municipio/Distrito
			BOYACÁ Departamento

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. ☒ 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. Desvinculaciones de una entidad autorizada 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 ☐ Femenino ☐ Masculino	Fecha de nacimiento 4,2 Fecha
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no intromisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.			
VIII. FIRMAS			
 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario		 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	
IX. ANEXOS			
☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: Total			
☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare 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 los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que 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 Código del Municipio Código del departamento		67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	
		68. Fecha de radicación 69. Fecha de validación	
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	
OBSERVACIONES:			



**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:

YORDIS DAVID SALAMANCA DIVANTOQUE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.087.406**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Julio del 2025.

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.



Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BÁSICA					Fecha de Corte: 2025-07-18	
Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo	
CC 1193087406	YORDIS	DAVID	SALAMANCA	DIVANTOQUE	M	
AFILIACIÓN A SALUD						
Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio	
COOSALUD EPS S.A.	Subsidiado	23/01/2025	Activo	CABEZA DE FAMILIA	SOGAMOSO	
AFILIACIÓN A PENSIONES						
Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Fecha de Corte: 2025-07-18		
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA		2024-07-02	Inactivo		
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA		2024-07-02	Retirado		
AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES						
Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Económica	Fecha de Corte: 2025-07-18		
Seguros de Vida Suramericana	2024-07-29	Activa		Municipio Labora	Boyacá- TUNJA	
AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR						
					Fecha de Corte: 2025-07-18	

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLES DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **SALAMANCA DIVANTOQUE YORDIS DAVID, CC - 1193087406**, está afiliado(a) desde **24/07/2025**, como trabajador(a) de **REDEX SAS**, con NIT: **8200008175**.

Estado civil: **Soltero**

Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**

Categoría: **A**

Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-07-28**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **24 de julio de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio