

## CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que GARCIA MIRANDA RUTH HELENA identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 22565060, se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

**TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:**

CC-22565060

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

GARCIA MIRANDA RUTH HELENA

**TIPO DE AFILIADO:**

COTIZANTE

**ESTADO DE AFILIACIÓN:**

ACTIVO

**FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:**

01/01/2012

**FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:**

**DISCAPACIDAD:**

NINGUNA

**REGIMEN:**

CONTRIBUTIVO

**NIVEL:**

1

**MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:**

BARRANQUILLA / ATLANTICO

**SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES**

Fecha de generacion: 7/01/2026

Codigo de verificacion: AFCS202200000162346

Generado por: usuweb

**ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO**



Línea nacional: 018000111446



Correo: [contacto@cajacopieps.com](mailto:contacto@cajacopieps.com)



[www.cajacopieps.com](http://www.cajacopieps.com)

**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:**

**RUTH ELENA GARCIA MIRANDA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **22.565.060**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Enero del 2026.

Cordialmente,



\_\_\_\_\_  
Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



## CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO MÉDICO  
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
CALLE 56#8E1-60 Cordialidad  
Cel.:3012705779  
e-mail: gabrielantonio\_1364@hotmail.com Barranquilla -  
Colombia

1. DATOS DE LA ENTIDAD											
SEDE	B/QUILLA - CORDIALIDAD			DIRECCIÓN		VIA CORDIALIDAD CON 8E - 160					
TELÉFONO	3005347949-3012705779			E-MAIL							
FECHA EXAMEN	07/01/2026			TIPO EXAMEN		INGRESO					
CODIGO VERIFICACIÓN	3200213			SISTEMATIZA		WENDY ARIZA					
2. DATOS DEL PACIENTE											
NOMBRES Y APELLIDOS			RUTH HELENA GARCIA MIRANDA								
No. IDENTIFICACION		22.565.060		EDAD	44	SEXO	M	F	X	OTRO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CC	X	CE		PEP		F. NACIMIENTO	30/06/1981	TELÉFONO	3015272150
EMPRESA/ENTIDAD		ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL ATLANTICO									
CARGO		CONTRATISTA		FECHA DE ATENCIÓN		07-01-2026		FECHA DE VENCIMIENTO		07-01-2027	

2. DICTAMEN MÉDICO				
EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS				
ESPIROMETRÍA:	AUDIOMETRÍA:	OPTOMETRÍA:	OSTEOMUSCULAR:	FROTIS DE GARGANTA:
	NORMAL	NORMAL	sin hallazgos patológicos	N/A
CULTIVO FARÍNGEO:	COPROLÓGICO:	KOH DE UÑAS:	GLICEMIA BASAL:	C. HEMÁTICO:
N/A	N/A	N/A	NORMAL	NORMAL
PERFIL LIPÍDICO:	ELECTROCARDIOGRAMA	TALLA	PESO	IMC:
NORMAL		1.74 CM	75 kg.	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL (EVALUACIÓN PSICO/FÍSICO)					
Examen Médico Ingreso:	Examen Médico Periódico:		Examen Médico Egreso:		Examen Médico Post Incap.
Apto para ocupar el cargo sin restricciones	No Aplica		No Aplica		No Aplica
Idóneo para trabajar en altura:	SI	Idónea conducción vehicular:	N/A	Idóneo trabajo espacio confinado:	N/A
Idóneo para manipulación de alimentos:	N/A	Idónea manipulación de carga:	N/A	Requiere o ser reubicado:	N/A
Observaciones: Según circular 030 del Ministerio de Salud, en referencia a Afectaciones de salud de alto riesgos para contraer COVID-19. Certificamos: Que al momento del Examen Médico el trabajador No presenta ninguna afectación subyacente, establecida en la circular 030 del 08 mayo del 2020.					
OBSERVACIONES:					

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES			
Recomendaciones:	Según IMC:	Manejo EPS/ARL:	Inclusión (Sistema de Vigilancia Epidemiológica):
Control ocupacional ____periódico <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Postural Columna V. <input checked="" type="checkbox"/> Pausas Activas ____Evaluación puesto de Trabajo	____Dieta <input checked="" type="checkbox"/> Ejercicio regular ____Valoración Nutricional Valoración EPS	____Remisión a EPS ____Remisión a ARL ____Continuar Tto Médico ____Remisión por optometría	____Salud Visual ____Cuidado Auditivo ____Cardiovascular ____Cuidado Espalda ____Osteomuscular

  
GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO  
MÉDICO ESPECIALISTA EN  
SALUD OCUPACIONAL  
C.M. 0362 - LIC. S.O. 02839-12

Dr. Gabriel Carrillo Fontalvo  
Lic. S.O 02839-12

Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, 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 de contrato. Artículo 62 CST.AP