ARL | sura

Medellín, 25 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 CONSORCIO FG DAGRD.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 ACTIVIDAD PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1053861039	GIRALDO FRANCO JHON FABER	02/03/2026		1981567C	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 25/02/2026 16:01:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.249.206.198, 192.230.104.14, 172.16.42.57

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación: X B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
GIRALDO	FRANCO	JHON	FABER

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
C	1053861039	Femenino Masculino	F M T NB Otro		

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		D D M M A A A A
	Caldas	Manizales		13 12 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No Categoría de discapacidad	Si No	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		1750905	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo

Teléfono Celular	Correo Electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabecera Municipal, Centro Poblado, Rural Disperso, Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cuál	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
						País Departamento Municipio	
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál		D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.861.039
GIRALDO FRANCO

APELLIDOS
JHON FABER

NOMBRES

Jhon Faber Giraldo





FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-1997
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-2015 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0001900-00785025-M-1053861039-20151202 0019A02 4473025

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GIRALDO FRANCO JHON FABER** identificado(a) con **CC** número **1.053.861.039** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de septiembre de 2017 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 02 de marzo 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/**

Dr. Oscar Barreto León
Md. Esp. en SST - Medicina Laboral
Multiplaza El Cable Cra. 21 No. 64 A-33 Manizales
Consultorio: 604 - 614 - Cel: 3113544537

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
RESOLUCION 1843 DE 2025



FECHA: **DIA:** 25 **MES:** 02 **AÑO:** 2026

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: CONSORCIO FG DAGRD
NOMBRES Y APELLIDOS: JHON FABER GIRALDO FRANCO
IDENTIFICACION: CC - 1053861039
FECHA DE NACIMIENTO: 1997-12-13
ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE
DIRECCION: EL CARMEN CALLE 17 NO. 32 71
ESCOLARIDAD: TECNICO
CARGO ACTUAL: OFICIAL DE CONSTRUCCION
FACTORES RIESGO: ERGONOMICO, FISICO, MECANICO
EPS: EPS SANITAS **PENSION:** COLPENSIONES **ARP:** SURAMERICANA - ARL

SEXO: M
EDAD: 28 Años 2 Meses 12 Dias
TELEFONO: 3046216581 -
PROFESION: CONTABILIDAD
FECHA INGRESO: 2026-03-02

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA APLICABLE AL CARGO

- RIESGO ERGONOMICO

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: EVALUACION MEDICA LABORAL REALIZADA EN LA CIUDAD DE MANIZALES DIRECCION DE CONSULTORIO CRA. 21 NO. 64 A-33 EDIFICIO MULTIPLAZA EL CABLE CONSULTORIO 604
SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO, CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS QUE PUEDAN INTERFERIR O VERSE AFECTADAS CON LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL ES CONTRATADO. APTO SIN RESTRICCIONES.
LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE .
CON LA FIRMA DEL PACIENTE SE VALIDA QUE SE HA INFORMADO SOBRE EL RESULTADO DE LA VALORACION OCUPACIONAL ASI COMO LAS RECOMENDACIONES LABORALES EMITIDAS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a realizar de manera voluntaria el examen médico ocupacional ordenado y los exámenes paraclínicos complementarios requeridos. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Médico Ocupacional y/o exámenes paraclínicos complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. He recibido información y propósito del examen a realizar. He comprendido y teniendo la oportunidad de analizar el propósito a partir de la información brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le dé a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legalización para dar cumplimiento al programa de Seguridad y salud en el trabajo establecido por la empresa, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS correspondiente a la cual me encuentro actualmente afiliado cuando sea requerida. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CC: 79.049.995 Bogotá
Registro Médico: 15120
Licencia en Salud Ocupacional: SO-041
Cel: 3113544537

Aspirante o Trabajador

JHON FABER GIRALDO FRANCO
CC - 1053861039
Jhon Faber

comfama

Registro de afiliación individual

CONSORCIO FG DAGRD | NIT 9020154231 | Envío exitoso No. 3651363

La solicitud de afiliación de tu grupo familiar se ha enviado exitosamente con el número de **radicado 3651363.**
Recuerda que este es el primer paso; en máximo **24 horas** recibirás a tu correo electrónico el estado final de la afiliación.

Datos del trabajador

Información general

Documento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:	Estado civil:
CC 1053861039	JHON FABER GIRALDO FRANCO	13/12/1997	Masculino	Soltero/a

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Antioquia	Medellin	VEREDA VEREDA LA PALMA SAN CRIS	3046216581	miriamaph17@hotmail.com

Datos laborales

Tipo de contrato:	Tipo de salario:	Salario:	Horas contratadas al dia:	Horas contratadas al mes:	Fecha de ingreso a la empresa:
Fijo	Fijo	$1,750,905	8	220	02/03/2026

Vigilado Supersubsidio

Archivos adjuntos

Trabajador: JHON FABER GIRALDO FRANCO

Tipo de documento	Archivo	Tamaño
Cédula de Ciudadanía	Doc1.pdf	91 KB

Vigilado Supersubsidio