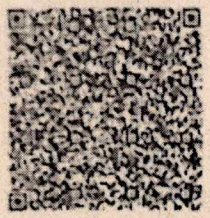
Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



Nombres y apellidos / Full name
JESUS ARTURO JAMIOY JAMIOY

Tipo de identificación / ID Type
CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number
1 1 2 0 2 1 8 6 3 5

Fecha de nacimiento / Date of birth
22/11/1998

País nacimiento / Country of birth
COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number
NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
Triple Viral	Primera	1	11	2011		012M9003	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO	WILSON BENAVIDES
Hepatitis A Adultos	Primera	10	4	2017		SIN DATO	MOCOA	SIN DATO
Fiebre Amarilla	Única	10	4	2019		SIN DATO	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO	WILSON BENAVIDES
TD Adulto	Primera	20	5	2020		SERUM	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO	WILSON BENAVIDES
TD Adulto	Segunda	21	6	2020		SERUM	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO	WILSON BENAVIDES
Hepatitis B Adultos	Primera	10	4	2021		NOVARTIS	CRUZ ROJA	LEYDI TORRES
Hepatitis B Adultos	Segunda	11	5	2021		NOVARTIS	CRUZ ROJA PASTO	LEYDI TORRES
Hepatitis B Adultos	Tercera	13	6	2021		NOVARTIS	CRUZ ROJA PASTO	LEYDI TORRES
COVID JANSSEN	Única	12	10	2021	Janssen	213A21A	ESE HOSPITAL Pio XII	DIMA DEL ROSARIO PEJENDINO VALLEJO
Varicela Particular	Primera	8	5	2023		W023376	PASTO CRUZ ROJA COLOMBIAN REGIONAL NARIÑO	LUZ OBANDO
TD Adulto	Tercera	14	2	2025	Serum	2333L037C	CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO	MARIA ELIZABETH GUEVARA WUALTER - CC41181225 - Activo

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.120.218.053
PUJIMUY PERDOMO

APELLIDOS
DANNY DARLEY

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1995
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

29-MAY-2013 SAN FRANCISCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401300-00465458-M-1120218053-20130907 0034786223A 1 25629462

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901591251
Número Afiliación: 9011179
Razón social: CONSORCIO SAN FRANCISCO

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1120218053
Nombre: DANNY DARLEY PUJIMUY PERDOMO
Fecha Ingreso: 05/09/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 04/09/2025 11:35:04 a. m.

RADICADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

A1126

FECHA DE RADICACIÓN 07 09 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] B. Cotizante o cabeza de familia [X] C. Beneficiario a afiliado adicional [ ] D. Colectiva [ ] E. Institucional [ ] F. De oficio [ ]
3. REGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Pujimay — SEGUNDO APELLIDO: Pedroza — PRIMER NOMBRE: Danny — SEGUNDO NOMBRE: Darley
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1120218057
11. SEXO BIOLÓGICO: X
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X — CUAL?
13. NACIONALIDAD: Colombia
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia Putumayo Puerto Asis
15. FECHA NACIMIENTO: 19 03 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. CUAL?
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
19. CUAL? DISCAPACIDAD
20. BENEFICIO (ESTA EMBARAZADA): SI [ ] NO [X]
21. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO
22. GRUPO POBLACIONAL ESPECIAL
23. ARS: Axacalpatlac
24. EPS: Porvenir
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: 1423500
26. REGIMEN ANTERIOR: NA
27. TELEFONO CELULAR: 3114442345
28. TELEFONO FIJO: 0000
29. DIRECCIÓN: Calle 10 # 2-20
30. CORREO ELECTRÓNICO: dannyd2319960gmail.com
31. DEPARTAMENTO: Putumayo
32. MUNICIPIO/DISTRITO: San Francisco
33. LOCALIDAD/COMUNA: NA
34. ZONA: CABECERA [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL [ ]
35. PAIS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Obligatorio y completarlo si no cotizante)

36. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
37. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
38. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
39. SEXO BIOLÓGICO
40. SEXO IDENTIFICACIÓN — CUAL?
41. NACIONALIDAD
42. LUGAR DE NACIMIENTO
43. FECHA NACIMIENTO

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

44. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	45. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	46. NUMERO DE IDENTIDAD	47. NACIONALIDAD	48. Sexo	49. Fecha de nacimiento (AAAA MM DD)	50. Edad (AÑOS MESES DIAS)

Datos complementarios del Beneficiario

51. TIPO DE AFILIADO	52. ETNIA	53. DISCAPACIDAD	54. CUAL?	55. Datos de residencia	ZONA

TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	57. DPTO

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

58. Nombre o razón social: Consorcio Fenicio
59. Tipo de documento de identificación: nit
60. Número de identificación: 901591251
61. Dígito de verificación: 3
62. Fecha de ingreso: 10695307
63. Dirección: Calle 100 # 94-45
64. Teléfono: 3106953070
65. Ciudad: Bogotá
66. Departamento: Dependiente
67. Correo electrónico: consorcio.caribe@gmail.com
68. Código actividad económica: Putumayo
69. Código de la sucursal: Puerto Leguízamo

B. REPORTE DE NOVEDADES

70. 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 INFORMACIÓN DE DATOS DE UBICACIÓN
5. TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN EN LA EPS Código
6. TRASLADO POR RÉGIMEN DE LA UPC (EPS) Código
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INDICE DE DECLARACIÓN LABORAL O ACTUALIZACIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. SUSPENSIÓN POR COBRO DE PERIODOS NO CUBIERTOS POR INCAPACIDAD
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD
15. APORTANTE
16. INDEPENDIENTE
17. TRASLADO
a) MOTIVO ECONÓMICO
b) CAMBIO DE RESIDENCIA
18. REPORTE DE FALLECIMIENTO
19. REPORTE DEL TRAMITE DE PRESTACIÓN AL FALLECIMIENTO
20. REPORTE DE LA LICENCIA DE MATERNIDAD
21. REPORTE DE LA LICENCIA DE PATERNIDAD
22. REPORTE DE LA LICENCIA DE LUTO
23. REPORTE DE LA SUSPENSIÓN A LA MOVILIDAD
24. REPORTE DE LA CESANTÍA

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

71. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DE CELULAR — SEXO BIOLÓGICO — SEXO IDENTIFICACIÓN — CUAL?
FECHA NACIMIENTO — EPS ANTERIOR — FECHA DE NOVEDAD: 05 09 2025 — ENTIDAD DE TRASLADO — CÓDIGO

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

72. Declaración de veracidad de la información suministrada y autorización para consultar y verificar la información suministrada en el formulario ante las bases de datos de la EPS, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Administradoras de Riesgos Laborales, Fondos de Pensiones y Cesantías, Cajas de Compensación Familiar y Entidades Promotoras de Salud.
73. Declaración de la no pertenencia a otro régimen especial o excepción.
74. Declaración para el traslado de régimen de afiliación.
75. Autorización para que la EPS acceda y obtenga datos y soporte de la historia clínica del cotizante, beneficiarios y demás integrantes del grupo familiar, que reposen en las instituciones prestadoras de servicios de salud.
76. Autorización para que la EPS, a través de sus funcionarios o contratistas, realice el tratamiento de los datos personales suministrados en el presente formulario, de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la EPS y la Ley 1581 de 2012. X
77. Autorización para que la EPS, a través de sus funcionarios o contratistas, realice el tratamiento de los datos personales suministrados en el presente formulario, de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la EPS y la Ley 1581 de 2012.
78. Autorización para que la EPS, a través de sus funcionarios o contratistas, realice el tratamiento de los datos personales suministrados en el presente formulario, de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la EPS y la Ley 1581 de 2012.
79. Autorización para que la EPS, a través de sus funcionarios o contratistas, realice el tratamiento de los datos personales suministrados en el presente formulario, de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la EPS y la Ley 1581 de 2012.
80. Autorización de descuento para pago de aportes a la Caja de Compensación Familiar, Sindicatos, Pagaduría, Cooperativas, Fondos Mutuos de Inversión, Fondos de Empleados, Asociaciones Mutuales, Cooperativas de Trabajo Asociado.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

81. En caso de no autorizar el descuento del cotizante de la(s) persona(s) reportada(s) en la(s) casilla(s) que(s) será cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

82. Firma del cotizante, beneficiario o afiliado adicional: Danny Pujimay
83. Firma del empleador, representante legal o pensionado responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

84. Anexos para el diligenciamiento de novedades — Cantidad — Total: 0
85. Copia del documento de identidad del cotizante.
86. Copia del registro civil de nacimiento o de la tarjeta de identidad, cuando se requiera para el tipo de novedad a reportar.
87. Copia de la sentencia judicial o acta de conciliación o documento que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y sociedad conyugal, acta de conciliación o sentencia, cuando corresponda a la terminación de la unión marital.
88. Copia del registro civil de nacimiento de los hijos del cotizante.
89. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia.
90. Documento en el que conste la petición de la madre gestante o del certificado de defunción de los casos de la declaración suscrita por el cotizante sobre la inexistencia de los hijos vivos.
91. Copia de la autorización de traslado por parte de la dependencia de Sanidad Militar, Armada, Ejército y Policía, artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
92. Certificado del directivo de la unidad sustentando para acceder a los servicios solicitados.
93. Copia del documento de identidad del beneficiario, cuando se requiera para el tipo de novedad a reportar.

Total Anexos: 0

XI. DIRIGIDO A SER DILIGENCIADO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

94. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio — Código del departamento — 95. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

96. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 97. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 98. FECHA DE RADICACIÓN — 99. FECHA DE VALIDACIÓN

OBSERVACIONES: Conductor Camioneta

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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:

DANNY DARLEY PUJIMUY PERDOMO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.218.053**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Consorcio San Francisco	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Código:	327-GH-PG-01-F-08
		Versión:	02
	GESTIÓN HUMANA	Fecha:	22/11/2019

Ciudad. San Francisco - Putumayo Centro de operación 327

Yo PUJIMUY PERDOMO DANNY DARLEY con C C. No. 1120218053

CERTIFICO QUE

He recibido la siguiente dotación y elementos de protección personal para trabajar:

ELEMENTOS	CANTIDAD
1.- Botas de seguridad	1
2.- Botas de caucho	1
3.- Pantalón	2
4.- Camisa	2
5.- Guantes en cuero largo	
6.- Guantes en carnaza	
7.- Guantes en vaqueta	1
8.- Casco de seguridad	1
9.- Peto Monja	1
10- Mangas de cuero	
11- Polainas de cuero	
12.- Gafas de seguridad	1
13.- Mascarilla desechable	1
14.- Protector de oídos	1
15.- Otros Impermeable	1
Guantes para moto	
Fecha de entrega	05-09-2025
FIRMA DEL TRABAJADOR	Danny Puj...
FIRMA DE QUIEN ENTREGA	

Observaciones

OCUPSALUD SAS
Seguridad total e integral en el trabajo

NIT. 901390540-6
Carrera 38 # 20 -37 - Barrio Morasurco, Pasto - Nariño, Colombia
Cel. 314 611 2620 - E-mail. ocupsaludpasto@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 47.605

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	08 MES	2025 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ENFASIS SEGURIDAD VIAL

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CONSORCIO SAN FRANCISCO

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PUJIMUY PERDOMO DANNY DARLEY	MASCULINO	30 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	1120218053 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
19/03/1995	3114442345	UNIVERSITARIO	O +	SOLTERO(A)	79,60	163,00	29,96 - SOBREPESO

Cargo
CONDUCTOR DE CAMIONETA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTITUD SEGURIDAD VIAL

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
ESPIROMETRÍA	✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRÍA	✓	RX DE COLUMNA LUMBROSACRA TOTAL	✓
CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓	ANEXO CARDIOVASCULAR	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA : BAJA EN HARINAS Y FRITOS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría 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. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Ingrid Isabel Tellez Moru
Médico Mg. Salud Ocupacional
Lic. 0961-15 U. Libre

Firma:

Nombre: CC: 36751153 - INGRID ISABEL TELLEZ

R. M.: 522711 **L.S.O.:** 0961

Código de Seguridad
B789H1N47605

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PUJIMUY PERDOMO DANNY DARLEY

CC: 1120218053

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	04-04-23	Y3C08	La Merced
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	03-04-17	D2288	Marlady D.
	2	03-05-17	D2296	Marlady D
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22 JULIO 2021	JANSSEN UNICA DOSIS	213AZ1A	CENSALUD LOS ANGELES SANFCO	[illegible]	
	2						

Este carné es valido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Conservelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Danny Darley

Apellidos: Pujimoy Perdomo

Documento de identidad: C.C. X | T.I. | Pasaporte | No. 1120218053

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 03 Año 1995

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: DANNY DARLEY

Apellidos: PUJIMOY PERDOMO

Documento de identidad: C.C. X | T.I. | Pasaporte | PEP | otro | cual

No. 1.120.218.053

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 03 Año 1995

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	04-04-23	Y3C08	Lu Mondl
Tétanos, Difteria - Difteria (Td)	1	03-04-17	D288	Marlely D.
	2	03-05-17	D276	Marlely D.
	3	99-09-25	233400B4	Iam Mutes
	4			
	5			
Triple viral	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22 JULIO 2021	JANSSEN UNICA DOSIS	213AZIA	CEUSALUD LOS ANGELES SANFCO	[redacted]	
	2						
	1						

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Danny Darley
Apellidos: Pojimoy Perdomo
Documento de identidad: CC X CE Pasaporte No. 1120218053
Fecha de nacimiento: 19 - 03 - 1995

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: DANNY DARLEY
Apellidos: POJIMOY PERDOMO
Documento de identidad: CC X CE Pasaporte PEP PPT SC RC
No. 1.120.218.053
Fecha de nacimiento: 19 - 03 - 1995

Powered by CamScanner

Comfamiliar del Putumayo

605341-1120218053

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) PUJIMUY PERDOMO DANNY DARLEY identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1120218053, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2025-09-05 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 10 de Septiembre 2025

Válida Por Treinta(30) días.



ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.120.216.628
NUMERO

ORTIZ GOMEZ
APELLIDOS

MILTON EMILIO
NOMBRES

Milton Emilio Ortiz Gomez.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1988
SAN FRANCISCO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

26-JUL-2006 SAN FRANCISCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-6401300-70155197-M-1120216628-20061211 03201 06345C 02 185666541

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901591251
Número Afiliación: 9011179
Razón social: CONSORCIO SAN FRANCISCO

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1120216628
Nombre: MILTON EMILIO ORTIZ GOMEZ
Fecha Ingreso: 05/09/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 04/09/2025 11:50:39 a. m.

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) MILTON EMILIO ORTIZ GOMEZ identificado(a) con CC 1120216628, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por CONSORCIO SAN FRANCISCO NI 901591251 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
05/sept./2025	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
05/oct./2025	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 08 días del mes de sept. de 2025.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de Emssanar S.A.S., cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000930422 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

porvenir
sólo hay uno

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:

MILTON EMILIO ORTIZ GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.216.628**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Agosto del 2025.

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.

Consorcio San Francisco	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Código:	327-GH-PG-01-F-08
		Versión:	02
	GESTIÓN HUMANA	Fecha:	22/11/2019

Ciudad. San Francisco - Putumayo Centro de operación 327

Yo ORTIZ GOMEZ MILTON EMILIO con C. C. No. 1120216628

CERTIFICO QUE

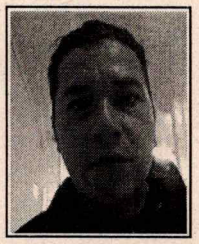
He recibido la siguiente dotación y elementos de protección personal para trabajar:

ELEMENTOS	CANTIDAD										
1.- Botas de seguridad	1										
2.- Botas de caucho	1										
3.- Pantalón	2										
4.- Camisa	2										
5.- Guantes en cuero largo											
6.- Guantes en carnaza											
7.- Guantes en vaqueta	1										
8.- Casco de seguridad	1										
9.- Peto Monja	1										
10- Mangas de cuero											
11- Polainas de cuero											
12.- Gafas de seguridad	1										
13.- Mascarilla desechable	1										
14.- Protector de oídos	1										
15.- Otros Impermeable	1										
Guantes para moto											
Fecha de entrega	05-09-2025										
FIRMA DEL TRABAJADOR											
FIRMA DE QUIEN ENTREGA											

Observaciones	

OCUPSALUD S.S.T S.A.S
Seguridad total e integral en el trabajo

NIT. 901390540-6
Carrera 38 # 20 -37 - Barrio Morasurco, Pasto - Nariño, Colombia
Cel. 314 611 2620 - E-mail. ocupsaludpasto@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 47.675

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	09 MES	2025 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS I

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CONSORCIO SAN FRANCISCO

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ORTIZ GOMEZ MILTON EMILIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 5 MESES 12 DÍAS	CC	1120216628
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
22/03/1988	3154168895	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	84,00	168,00	29,76 - SOBREPESO

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	ANEXO ALTURAS	✓
AUDIOMETRÍA	✓	ANEXO MEDICO ESPACIOS CONFINADOS	✓
ESPIROMETRÍA	✓	RX DE COLUMNA LUMBROSACRA TOTAL	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO CARDIOVASCULAR	✓
CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓	ANEXO NEUROLOGICO	✓
GLICEMIA	✓	VALORACION PSICOLOGICA ALTURAS	✓
PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓	ANEXO VESTIBULAR	✓
ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓	VALORACION PSICOLOGIA ESPACIOS CONFINADOS	✓

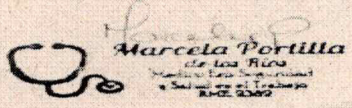
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	CONTINUAR CAPACITACIONES	DIETA BALANCEADA
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	
	SVE CARDIOVASCULAR	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría 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. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

R. M.: 2443 **L.S.O.:** 2382

Código de Seguridad
G789M1S47675

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ORTIZ GOMEZ MILTON EMILIO

CC: 1120216628



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
F.A	U	01-09-25	Sanofi	Y3D081V	centro de salud los angeles	Bertha Carlosama	
T.d	1	01-09-25	Serum	2334X00 GA	Centro de salud los angeles	Bertha Carlosama	
			Cita: 01	de octubre del 2025			