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 1126906386
Nombre: JUAN BAUTISTA CHICUNQUE NARVAEZ
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 03:07:53 p. m.

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JUAN BAUTISTA CHICUNQUE NARVAEZ identificado(a) con CC 1126906386, 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:

JUAN BAUTISTA CHICUNQUE NARVAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.126.906.386**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Septiembre 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 CHICUNQUE NARVAEZ JUAN BAUTISTA con C. C. No. 1126906386

CERTIFICO QUE

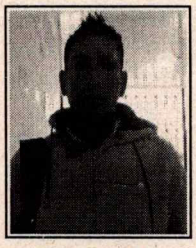
He recibido la siguiente dotación y elementos de protección personal para trabajar:

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											
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	Juan										
FIRMA DE QUIEN ENTREGA											

Observaciones	

OCUPSALUD EST 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° 47.630

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	08 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 Ciudadania, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CHICUNQUE NARVAEZ JUAN BAUTISTA	MASCULINO	35 AÑOS 2 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	1126906386 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
06/06/1990	3506665975	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	66,00	168,00	23,38 - PESO NORMAL

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	✓

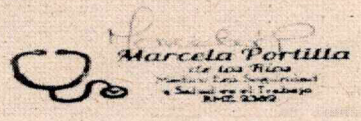
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	DIETA BALANCEADA
	CONTINUAR CAPACITACIONES	
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	
	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
M789S1Y47630

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CHICUNQUE NARVAEZ JUAN BAUTISTA

CC: 1126906386

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 3192190-8f77-4094-ea4f-c6b456ba6ad

Nombres y apellidos / Full name

JUAN BAUTISTA CHICUNQUE NARVAEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 6 9 0 6 3 8 6

Fecha de nacimiento / Date of birth

06/06/1990

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3236142587

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre Amarilla	Única	13	2	2020		P3M801V	SIBUNDOY CENTRO DE SALUD SANTI	Maria Elizabeth Guevara Walter
TD Adulto	Primera	13	2	2020		2338X004AE	SIBUNDOY CENTRO DE SALUD SANTI	Maria Elizabeth Guevara Walter
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	12	12	2022	Green Cross	V50222005	CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO	MARIA CLARA CHICUNQUE JUAJIBIOY
COVID JANSSEN	Única	12	12	2022	Grand River	1855834	CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO	MARIA CLARA CHICUNQUE JUAJIBIOY

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Comfamiliar del Putumayo

605232-1126906386

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) CHICUNQUE NARVAEZ JUAN BAUTISTA identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1126906386, 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **97.472.821**

ESPAÑA AGUILLON

APELLIDOS

JOSE BENIGNO

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1983**

SIBUNDOY
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-JUN-2002 SIBUNDOY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6401900-01038394-M-0097472821-20180919 **00626**52735A 1 9905827983

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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 97472821
Nombre: JOSE BENIGNO ESPAÑA AGUILLON
Fecha Ingreso: 08/09/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 06/09/2025 03:56:29 p. m.

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	ESPAÑA AGUILLON JOSE BENIGNO
Identificación:	CC: 97472821
Tipo Cotizante:	Dependiente
Aportante:	CONSORCIO SAN FRANCISCO
Municipio:	SIBUNDOY
IPS Asignada:	ESE HOSPITAL PÍO XII - SEDE SIBUNDOY
Estado:	Activo
Fecha de Afiliación:	2025-02-01
Regimen:	Contributivo
Fecha Aplicación Relación :	2025-09-08
Discapacidad:	Ninguna
Tipo Afiliación:	Masiva ley 691 de 2001
Nivel :	A
Cuota moderadora :	$4.700

Observación :

Dada el lunes, 8 de septiembre de 2025

Cordialmente

EDISON HERNAN SAYALPUD FUELANTALA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

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:

JOSE BENIGNO ESPAÑA AGUILLON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **97.472.821**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 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 ESPAÑA AGUILLON JOSE BENIGNO con C. C. No. 97472821

CERTIFICO QUE

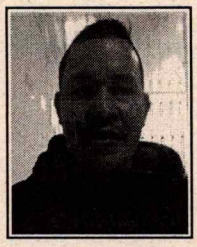
He recibido la siguiente dotación y elementos de protección personal para trabajar:

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	08-09 2025
FIRMA DEL TRABAJADOR	
FIRMA DE QUIEN ENTREGA	

Observaciones

OCUPSALUD SST 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° 47.608

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	08 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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ESPAÑA AGUILON JOSE BENIGNO	MASCULINO	41 AÑOS 11 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	97472821 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
10/09/1983	3208293035	PRIMARIA	O +	CASADO(A)	60,00	154,00	25,30 - 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
VALORACIÓN POR EPS	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: Marcela Portilla de los Ríos

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

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

Código de Seguridad
J789P1V47608

Aspirante o Trabajador

Firma: José Benigno España

Nombre: ESPAÑA AGUILON JOSE BENIGNO

CC: 97472821

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	11/06/2025	T5289	Filomena Jaramillo Auxiliar de Enfermería Reg. 617
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13/03/2015	0241300 23	
	2	04/SEP/2025	2334/0067	
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª	14/05/21	213A21A	A. de Oviedo
	2ª			
	1er Ref.	15/7/22	060v21A	Ana Manuel
	2do Ref.			
Otras				

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.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: JOSÉ BENIGNO

Apellidos: ESPAÑA AGUILLÓN

Documento de identidad: C.C. ✓ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 94472821

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 09 Año 1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	14 Agosto 2021	Dosis- Unica Janssen	213A 21A	centro de salud Sibundoy	Aide Lucia Muñoz	
	Refuerzo 1	15 Julio 2022	Moderna	060M 21A	Centro salud Sibundoy	Lia Murrel	
			cita 15 Noviembre 2022				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Jose Benigno
Apellidos: España Agudelo
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cual
No. 97.472.821
Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 04 Año 1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1		Sanofi	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	13-03-15	K5289	Firma Beneficiario AUX. ENFERMERIA C.C. 41182282
	2	cita 13 Abril 2015		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Esto 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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Dosis Unic	13-03 2015	Sanofi K5289	Firma Beneficiario AUX. ENFERMERIA C.C. 41182282
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jose Benigno
Apellidos: España Agudelo
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 97472.821
Fecha de Nacimiento: Día 10 Mes 04 Año 1983

Comfamiliar del Putumayo

605229-97472821

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) ESPANA AGUILLON JOSE BENIGNO identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 97472821, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2025-09-08 con un estado ACTIVO.

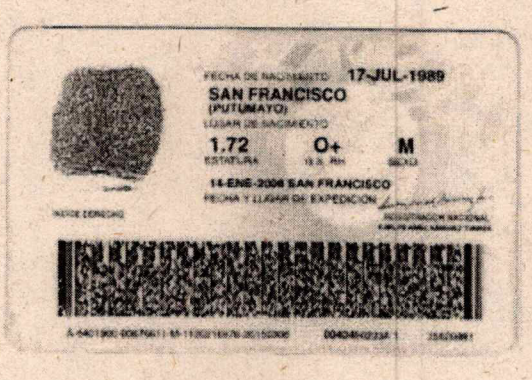
Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 10 de Septiembre 2025

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
1.120.216.976
YANDAR CABRERA
APELLIDOS
EDGAR ARMANDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1989
SAN FRANCISCO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
14-ENE-2008 SAN FRANCISCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

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 1120216976
Nombre: EDGAR ARMANDO YANDAR CABRERA
Fecha Ingreso: 08/09/2025
Salario básico: 2,289,600
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 06/09/2025 04:05:53 p. m.