REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

RADICADO
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: A1126

AFILIACION

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
PRIMER APELLIDO: Yander	SEGUNDO APELLIDO: Cabrera	PRIMER NOMBRE: Edgar	SEGUNDO NOMBRE: Armando	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. TI. X C.E. S.C. C.D. P.E. P.T.	8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1120216976	9. SEXO BIOLÓGICO: F X		
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F X T NB	10. FECHA NACIMIENTO: 17 07 1989	PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia	11. NACIONALIDAD: Col	

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CR MS RC TI CC CE PA RC PE PT AS CT

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO	EXT.
San Francisco	Putumayo	CABECERA MUNICIPAL X CENTRO POBLADO RURAL DISPERSO RESTO RURAL	0000	0

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3146949410	Yandercabrera340@gmail.com		

V. DATOS DE IDENTIFICACION 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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Consorcio San Francisco	NIT X TI. C.C. C.E. S.C. PA C.D. P.E. P.T.	901591251		Dependiente

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 10 n9 A45	Puerto Leguizamo	Putumayo	correspondencia@consorciosanfrancisco.com

TELÉFONO	EXT.	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
3106953070	000000	08 09 2025	Oficial de obra	Empleado	2289600

VIGILADO Supersalud

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

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 Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

EDGAR ARMANDO YANDAR CABRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.216.976**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 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 YANDAR CABRERA EDGAR ARMANDO con C. C. No. 1120216976

CERTIFICO QUE

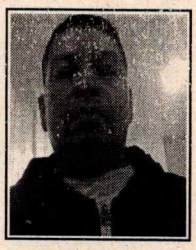
He recibido la siguiente dotación y elementos de protección personal para trabajar:

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	Acepto										
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° 47.832

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 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)

YANDAR CABRERA EDGAR ARMANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	36 AÑOS 1 MESES 20 DÍAS	CC	1120216976
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
17/07/1989	3125140221	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	81,00	172,00	27,38 - SOBREPESO

Cargo
OFICIAL PILERO

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	✓

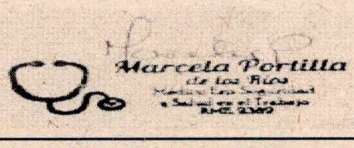
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	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



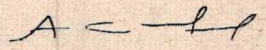
Firma:

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

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

Código de Seguridad
Q789W1C47832

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: YANDAR CABRERA EDGAR ARMANDO

CC: 1120216976

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Edgar Armando

Apellidos: Jandar Cabrera

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1'120.216.976

Fecha de Nacimiento: Día 17 Mes 07 Año 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1 x	17-05-14	Q24111015C	Lo2 F.M.
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	18-06-14	123N22 7U	Lo2 F.M
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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: Edgar Armando

Apellidos: Yanchar Cabrera.

Documento de identidad: C.C. ✗ T.I. Pasaporte No. 1120216976.

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 07 Año 1989.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	18-06-14	N2N27-1U.	Iu2. F. M.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	17-05-2014	0241101SC.	Iu2. F. M.
	2	21-10-2022.	Sanofi 233LD248.	Centro de Salud San Fco.
	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				



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.816.085

AGREDA CARDENAS

APELLIDOS

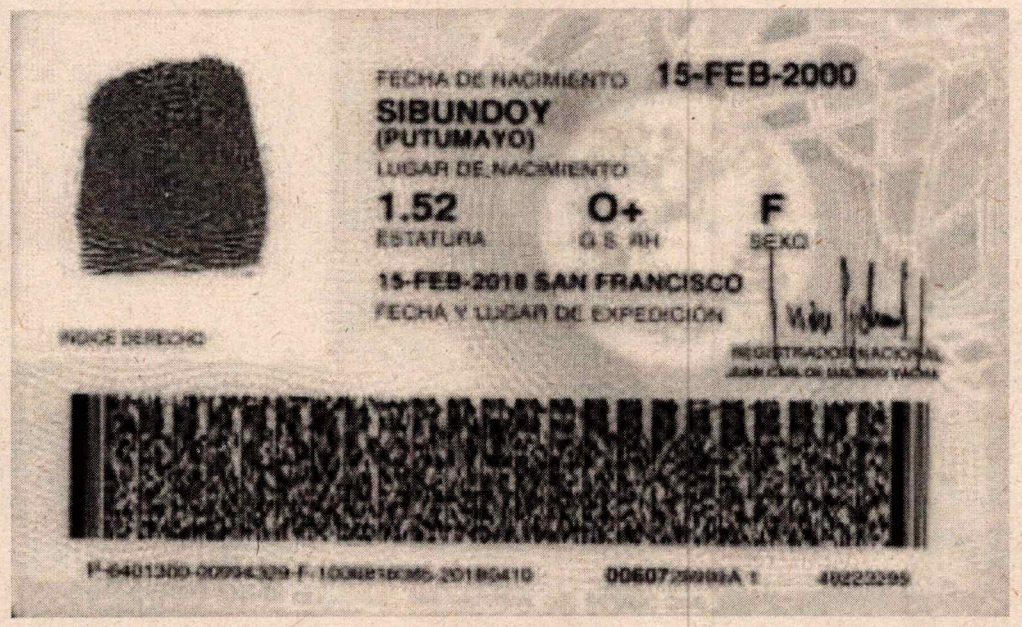
MARLENI ALEJANDRA

NOMBRES

Marleni Alejandra Cardenas

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-2000

SIBUNDOY
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

15-FEB-2018 SAN FRANCISCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

I<6401300-00994329-F-1006816085-20180410 0060729999A 1 48222295

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	1006816085
Nombre:	MARLENI ALEJANDRA AGREDA CARDENAS
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 04:00:16 p. m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
*Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado

SOPORTE DE AFILIACIÓN Y/O REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS - SAT

RADICADO

nueva eps
EN INTERVENCIÓN
NIT. 900.156.264-2

No. de Radicación SAT

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: A1126

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

CONTRIBUTIVO X | SUBSIDIADO | CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	PRIMER APELLIDO: Arevalo	SEGUNDO APELLIDO: Caldenas	PRIMER NOMBRE: Marleni	SEGUNDO NOMBRE: Alejandra	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	X	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006816085		9. SEXO BIOLÓGICO: X	
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: X		10. FECHA NACIMIENTO: 15 02 2000	PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia	11. NACIONALIDAD: Col	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO: San Francisco | DEPARTAMENTO: Putumayo | ZONA: URBANA X RURAL | TELÉFONO FIJO: 0000 | EXT: 0
TELÉFONO MÓVIL: 3142041959 | CORREO ELECTRÓNICO: marc2000002@gmail.com | IPS | IPS IDENTOLÓGICA

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	PARENTESCO	31. SEXO	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. DISCAPACIDAD	34. GESTANTE
1									
2									
3									
4									
5									

	35. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono	37. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS IDENTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: D.G	U.C.P	C.T.J.	SISBÉN: NIVEL	GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1												
2												
3												
4												
5												

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, MISIONAL O DE OFICIO

39. Nombre o Razón Social	Consorcio San Francisco X	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.E. P.T.	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o número de planilla
			901591251		5 Dependiente
43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	Calle 100 n9 A45	Puerto Leguizamo	Putumayo	Corregimiento	San Francisco
TELÉFONO	3106953670 00000	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	$ 097825	CARGO	Control de trafico
				OCUPACIÓN	1427500
				SALARIO	

IX. FIRMAS

Marleni Alejandra C.

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:

MARLENI ALEJANDRA AGREDA CARDENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.816.085,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

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 AGREDA CARDENAS MARLENI ALEJANDRA con C. C. No. 1006816085

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	Marleni Alejandra										
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° 47.878

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	09 MES	2025 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO

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	
AGREDA CARDENAS MARLENI ALEJANDRA	FEMENINO	25 AÑOS 6 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	1006816085 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
15/02/2000	3142041959	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	60,00	152,00	25,97 - SOBREPESO

Cargo
CONTROLADOR DE TRAFICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

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	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
ESPIROMETRÍA	✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO CARDIOVASCULAR	✓
CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓	----------	

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



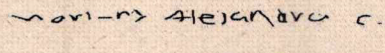
Firma:

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

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

Código de Seguridad
X789D1J47878

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: AGREDA CARDENAS MARLENI ALEJANDRA

CC: 1006816085

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

ESE HOSPITAL JOSÉ PROGRAMA VACUNACIÓN MOCOA

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Harlen Alexandra.

Apellidos: Agredo Cardenas.

Documento de identidad: CC CE PA CD SC PE PPT DE

Número de documento: 1 0 0 6 8 1 6 0 8 5

Fecha de nacimiento: Día 1 5 Mes 0 2 Año 2 0 0 0

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	21-03-2001		Centro de salud los angeles.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	03-05-2000	SD	San Francisco
	2	04-06-2000	SD	San Francisco
	3	11-07-2000	SD	San Francisco
	4	12-10-2001	SD	San Francisco
	5	17-12-2005	SD	San Francisco
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	10-02-2025	2025CCU2UC	Puesto.
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1	29-05-2013	JCC6U61	San Francisco
	2	14-11-2013	JCC6U61	San Francisco.
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª	24-11-2021	017321A	Santiago.
	2ª	16 FEB 2025	LNE030	Erika M.
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras	HA U	10-02-2025	X3D715U	Puesto
	TD Ref	30-04-2016	D72S2	San Francisco
	VZU	10-02-2025	YCU871	Puesto.

CITA 30 ABR 2026

Comfamiliar del Putumayo

605230-1006816085

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) AGREDA CARDENAS MARLENI ALEJANDRA identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1006816085, 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.679.897**

SANCHEZ FUERTES

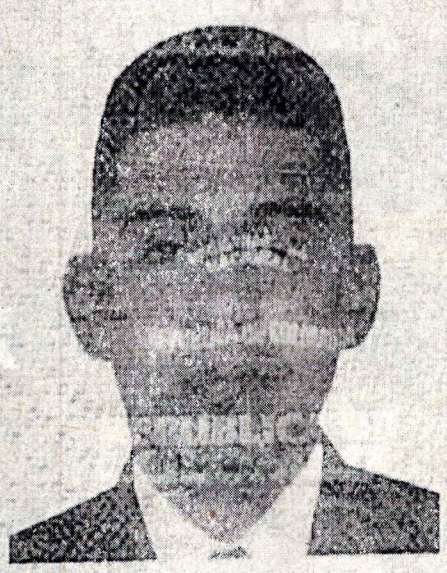
APELLIDOS

CARLOS ANDRES

NOMBRES

Carlos Andres Sanchez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-AGO-2003**

SAN FRANCISCO
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-AGO-2021 SAN FRANCISCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401300-01267363-M-1006679897-20211119 0076588075A 1 51872882

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 1006679897
Nombre: CARLOS ANDRES SANCHEZ FUERTES
Fecha Ingreso: 12/09/2025
Salario básico: 1,717,200
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 11/09/2025 08:20:53 a. m.

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CARLOS ANDRES SANCHEZ FUERTES identificado(a) con CC 1006679897, 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
12/sept./2025	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
12/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 11 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