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:

CARLOS ANDRES SANCHEZ FUERTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.679.897**, 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 SANCHEZ FUERTES CARLOS ANDRES con C. C. No. 1006679897

CERTIFICO QUE

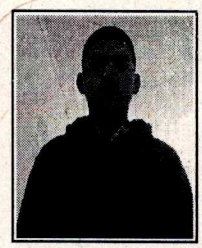
He recibido la siguiente dotación y elementos de protección personal para trabajar:

ELEMENTOS	CANTIDAD										
1.- Botas de seguridad	1										
2.- Botas de caucho	1										
3.- Pantalón											
4.- Camisa	2										
5.- Guantes en cuero largo											
6.- Guantes en carnaza											
7.- Guantes en vaqueta	1										
8.- Casco de seguridad	1										
9.- Peto											
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	12-09 2025										
FIRMA DEL TRABAJADOR	Carlos S.										
FIRMA DE QUIEN ENTREGA											

Observaciones	

OCUPSALUD ESST 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° 47.909

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 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)

SANCHEZ FUERTES CARLOS ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	22 AÑOS 1 MESES 2 DÍAS	CC	1006679897
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
08/08/2003	3138686094	TÉCNICO	B +	UNIÓN LIBRE	75,00	184,00	22,15 - PESO NORMAL

Cargo
AUXILIAR DE ALMACEN

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 ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN	
	SVE VISUAL	
	SVE OSTEOMUSCULAR	

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: 13068726 - NESTOR ALIRIO TORO

R. M.: 1840 **L.S.O.:** 2378

Código de Seguridad
R789X1D47909

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SANCHEZ FUERTES CARLOS ANDRES

CC: 1006679897

CARNÉ DE VACUNACIÓN

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Codigo = 605783

Nombre: CARLOS ANDRES SANCHES FUERTES

Fecha de Nacimiento: 08 \08 2003

No. Certificado de Nacido Vivo:

(RC) NUIP: X1230300227

Sexo: M

Dirección: Barrio Belén

Teléfono:

Responsable: María Nelly Montenegro

Municipio: SAN FRANCISCO

Departamento: ANTIOQUIA

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Acción Social
Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional

NOMBRE:

ME PROTEJE DE	EDAD	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN DD	MM	AA	LAB
TUBERCULOSIS B.C.G	Recién Nacido	0	11	09	03	
POLIO (Oral - IM)	2° Mes	1ra	15	X	03	
	4° Mes	2da	15	XI	03	
	6° Mes	3ra	27	01	04	
	1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo	9	II	05	
	5 Años	2do refuerzo	15	08	08	
HEPATITIS B	Recién Nacido	0	11	09	03	
	2° Mes	1ra	15	X	03	
	4° Mes	2da	15	XI	03	
	6° Mes	3ra	27	01	04	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b (Hib)	2° Mes	1ra	15	X	03	
	4° Mes	2da	15	XI	03	
	6° Mes	3ra	27	01	04	
DIFTERIA - TOSFERINA TÉTANOS (DPT)	2° Mes	1ra	15	X	03	
	4° Mes	2da	15	XI	03	
	6° Mes	3ra	27	01	04	
	1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo	9	II	05	
	5 Años	2do refuerzo	15	08	08	
INFLUENZA (GRIPE)	6-17 Meses	1ra	30	IV	07	
	7-18 Meses	2da	30	V	07	
	Cada Año	Anual	6	V	08	
	Cada Año	Anual				
FIEBRE AMARILLA	1Año	Única	11	08	04	
	Cada 10 Años	Refuerzo				
SARAMPIÓN - RUBEOLA-PAPERAS (SRP)	1 Año	1ra	11	08	04	
	5 Años	2da	15	08	08	
NEUMOCOCO (Heptavalente)	2° Mes	1ra				
	4° Mes	2da				
	6° Mes	3ra				
	1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo				
ROTAVIRUS	2° Mes	1ra				
	2° Mes	2da				
	6° Mes	3ra				
VARICELA	A partir de los 12 Meses	1ra				
		2da				
HEPATITIS A	A partir de los 12 Meses	1ra				
		2da				
MENINGOCOCO		1ra				
		2da				

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: ffe13c1b-af6b-4e89-97a4-3109fd45dfa7

Nombres y apellidos / Full name: **CARLOS ANDRES SANCHEZ FUERTES**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1006679897**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **08/08/2003**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3138686094**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	15	10	2003		SIN DATO	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	SIN DATO
TD Adulto	Segunda	15	11	2003		SIN DATO	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	SIN DATO
TD Adulto	Tercera	21	1	2004		SIN DATO	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	SIN DATO
Fiebre Amarilla	Única	11	8	2004		SD	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	SD
TD Adulto	Cuarta	9	2	2005		SIN DATO	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	SIN DATO
COVID ASTRAZENECA	Primera	21	9	2021	Oxford-AstraZeneca	PW40023	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	MARIA DEL ROSARIO CHICUNQUE DEJOY
COVID ASTRAZENECA	Segunda	2	11	2021	Oxford-AstraZeneca	77786	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	MARIA DEL ROSARIO CHICUNQUE DEJOY

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **97.480.695**

GUERRA ORTEGA
APELLIDOS

CARLOS ALBERTO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-1977**

SAN FRANCISCO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-1996 SAN FRANCISCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6401300-00132922 M-0097480695 20081202 0007397475A 1 25683806

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 97480695
Nombre: CARLOS ALBERTO GUERRA ORTEGA
Fecha Ingreso: 16/09/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 15/09/2025 05:02:13 p. m.

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CARLOS ALBERTO GUERRA ORTEGA identificado(a) con CC 97480695, 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
16/sept./2025	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
16/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 23 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:

CARLOS ALBERTO GUERRA ORTEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **97.480.695**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

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 GUERRA ORTEGA CARLOS ALBERTO con C. C. No. 97480695

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 Malla	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	16-09-2025
FIRMA DEL TRABAJADOR	
FIRMA DE QUIEN ENTREGA	

Observaciones	

OCUPSALUD IPS 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° 47.928

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GUERRA ORTEGA CARLOS ALBERTO	MASCULINO	47 AÑOS 9 MESES 7 DÍAS	CC (Tipo)	97480695 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
04/12/1977	3204502083	PRIMARIA	B +	UNIÓN LIBRE	74,00	180,00	22,84 - PESO NORMAL

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APLAZADO	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	✓
ELECTROCARDIOGRAMA- EKG	✓	ANEXO NEUROLOGICO	✓
CUADRO HEMÁTICO - HEMOGRAMA	✓	VALORACION PSICOLOGICA ALTURAS	✓
GLICEMIA	✓	ANEXO VESTIBULAR	✓
PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓	VALORACION PSICOLOGIA ESPACIOS CONFINADOS	✓
ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS : PSICOLOGIA	CONTINUAR CAPACITACIONES	
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

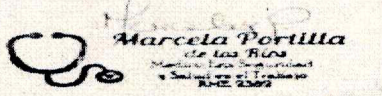
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE VALORA NUEVAMENTE CON CONCEPTO DE PSICOLOGIA

- 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



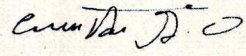
Firma:

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

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

Código de Seguridad
D789J1P47928

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GUERRA ORTEGA CARLOS ALBERTO

CC: 97480695

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Carlos Alberto
Apellidos	Guerra Ortega
Documento de Identidad:	CC X TI PASA PORTE — No. 9748615
Fecha de Nacimiento:	Día: 4 Mes: 12 Año: 1977

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	27-09-13	lot: 017N1019 Lab: Serum	
Toxoide Tetánico Diftérico Td R.F.	1	27-1-2015	Sero. 24B2011D	Zaida E
	2	27-2-15	Sero 24B2011D	Zaida G.
	3	12-07-22	220800319	SCLS Dosis
	4	28-06-24	220800 423A	Laura Enriquez.
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	27-1-2015	Sanofi P. 1K5335	Unica	Zaida G.
Contra Influenza				
Otras				

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: CARLOS ALBERTO

Apellidos: GUERRA ORTEGA.

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

No. 97480695

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 12 Año 1977

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	09 JULIO 2021	ASTRAZENECA	ABX649 91	CENSALUD LOS ANGELES SAN FCO	Rosario Chicaiza Téc. Auxiliar Enfermería CC [illegible]	
	2	1 Octubr 2021	Astrazeneca	NJ0303	Censalud Los Angeles San Fco	Rosario Chicaiza Téc. Auxiliar Enfermería CC [illegible]	
		11-02 2022	Vaxzevria™ AstraZeneca Lot NM0219	NM0219	Censalud los Angeles San Fco	Paola Santacruz	64055533

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Carlos Alberto		
Apellidos	Guerra Ortega		
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ]	**No.**	9748615
Fecha de Nacimiento:	**Día:** 04 **Mes:** 12 **Año:** 1977		

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	27-1-2015	Sersa 24B2011D	Zoraida E
	2	27-2-15	Sersa 24B2011D	Zoraida G
	3	12-07-22	220800319	Sello Dosis
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	27-1-2015	Sanofi P. 1KS338	Unica	Zoraida G
Contra Influenza				
Otras				

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.120.216.159**

BASTIDAS JIMENEZ

APELLIDOS

JUAN JAVIER

NOMBRES



Juan Bastidas

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUN-2004**

SAN FRANCISCO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

11-AGO-2022 SAN FRANCISCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401300-01330067-M-1120216159-20221121 0090866763A 1 56517340