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 1120216159
Nombre: JUAN JAVIER BASTIDAS JIMENEZ
Fecha Ingreso: 24/09/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 23/09/2025 11:55:45 a. m.

Bogotá, Septiembre / 11 de 2025

Señor (a): JUAN JAVIER BASTIDAS JIMENEZ
CC. 1120216159
BRR PABLO VI
RIOHACHA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Febrero / 20 de 2024, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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 JAVIER BASTIDAS JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.216.159**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 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.

Comfamiliar del Putumayo

610342-1120216159

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) BASTIDAS JIMENEZ JUAN JAVIER identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1120216159, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2025-09-24 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 24 de Septiembre 2025

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Tomador	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha de Diligenciamiento	Número Solicitud
CONSORCIO SAN FRANCISCO NIT 9011591251-5					

Ofc Radicación

☐ Plan Vida Integral Contributivo ☐ Plan Vida Integral No Contributivo ☐ Ingreso ☐ Modificación

Continuidad de vida Individual Sura ☐ SI ☐ NO No. Póliza Vida Individual Sura:

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Nombre del asesor o razón social	Código Asesor	% Participación	Nombre del asesor o razón social	Código Asesor	% Participación

INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro. Código Gestor

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
☒ C.C. ☐ C.E. ☐ PA.	1120216159	Juan Javier Bastidas Jimenez	☐ F ☒ M	2004-06-17

Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad de residencia	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular
KG 68	1.70	San Francisco	Putumayo		3149208426

Dirección Correspondencia Barrio Pablo Sexto Correo Electrónico Bastidasjimenezjuanjavier31@gmail.com

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El valor asegurado por cobertura de cada uno de los integrantes del grupo familiar, no puede ser superior al valor asegurado por cobertura del Asegurado Principal)

Valor Solicitado Cobertura de Vida

Asegurado Principal $ .....
Cónyuge $ .....
Hijos $ .....
Hermanos $ .....
Otros $ .....
Parentesco de otros con el Asegurado Principal .....

Coberturas Vida Grupo

☐ Invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente
☐ Muerte en un accidente — Valor Asegurado $
Lesiones con armas ☐ SI ☐ No
☐ Enfermedades Graves ____ %
☐ Auxilio funerario — Valor Asegurado $
☐ Bono Canasta (pago único) $
☐ Pérdida parcial de la capacidad laboral
☐ Renta por Incapacidad ☐ Auxilio de Repatriación
☐ Auxilio de Maternidad/Paternidad ☐ Bono para educación

Coberturas Adicionales

Accidentes Personales
☐ Muerte accidental adicional
☐ Invalidez accidental adicional
Valor asegurado $
Lesiones con armas ☐ SI ☐ NO

Renta
☐ Renta por hospitalización
Valor asegurado $
Tipo de Renta ☐ cerrada ☐ abierta
EPS
Renta adicional por hospitalización en cuidados intensivos ☐ SI ☐ NO

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) $ .....

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)

	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Asegurado Principal	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (cms)
1.	T							
2.								
3.								
4.								

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%)

(**Otros asegurados deben diligenciar el formato especifico F-02-83-125)

Con derecho a Acrecimiento ☐ SI ☐ NO

Identificación Tipo	Identificación Numero	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

Identificación Tipo	Identificación Numero	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Responde sinceramente las siguientes preguntas. Si alguna de tus respuestas no es verdadera o dejas de responder alguna pregunta, el seguro será nulo y por lo tanto Sura no pagará ninguna reclamación que tú o los beneficiarios presenten.

Marca con una equis si a ti o alguno de los otros asegurados les han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

☐ Enfermedades cardiovasculares ☐ Infarto del corazon ☐ Arritmias ☐ Hipertensión arterial ☐ Colesterol (Tratado con medicamentos) ☐ Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) ☐ Lupus
☐ Isquemia o trombosis cerebral ☐ Epilepsia ☐ Enfisema (EPOC) ☐ Bronquitis Crónica ☐ Cáncer con metástasis (Afecta otros órganos) ☐ Cáncer sin metástasis (No afecta otros órganos) ☐ Cirrosis
☐ Derrames ☐ Leucemia ☐ Tumores malignos ☐ SIDA o VIH positivo ☐ Insuficiencia Renal ☐ Esclerosis múltiple ☐ Artritis reumatoidea ☐ Diabetes ☐ Pancreatitis ☐ Transtornos psiquiátricos
☐ Hepatitis B o C ☐ Retardo mental ☐ Colitis ulcerativa ☐ Hipertiroidismo ☐ Parálisis diferente a facial ☐ Deformidades corporales ☐ Ceguera ☐ Sordera total o parcial ☐ Hernia de columna
☐ Pérdida funcional o anatómica ☐ Otra Enfermedad, ¿Cuál? .....

¿Han recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años? ☐ SI ☐ NO ¿Reciben tratamiento por alcoholismo o drogadicción? ☐ SI ☐ NO
¿Consume Marihuana hasta 3 veces por mes? ☐ SI ☐ NO ¿Consume Marihuana más de 3 veces al mes? ☐ SI ☐ NO ¿Son consumidores de otro tipo de drogas estimulantes o adictivas? ☐ SI ☐ NO

1. En caso que hayas marcado alguna enfermedad o contestado de manera afirmativa una de las preguntas, diligencia la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

2. ¿Han estado incapacitados u hospitalizados en el último año por más de 60 días, se encuentran actualmente en algún tratamiento o estudio médico o saben si serán hospitalizados o intervenidos quirúrgicamente o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)? ☐ SI ☐ NO

En caso que hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

En adición a la anteriores respuestas ten en cuenta que con tu firma estás declarando que tú y los otros asegurados gozan de buena salud, que toda la información que suministraste en esta solicitud es verdadera, que su ocupación está permitida por la ley, que no ejercen actividades ilícitas ni de alto riesgo y que no han cometido delitos.

COBERTURA INMEDIATA

Después de analizar tu solicitud Sura te informará si te puede asegurar. Si Sura acepta hacerlo, tendrás cobertura inmediata sin cobro de prima, desde la fecha de diligenciamiento de la solicitud, hasta la fecha de corte del seguro. Esta cobertura inmediata sin cobro de prima en ningún caso podrá darse por un periodo superior a 30 días.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con tu firma también estás autorizando a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de tus datos personales con la finalidad de vincularte como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Para el tratamiento de tus datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Estás autorizando a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir tu información con FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de tu comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias, con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizas a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de tu historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro.
Te en cuenta que las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tienes derecho a conocer, actualizar y rectificar tus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarte sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y solicitar la supresión de tus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre tus datos personales, comunícate a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visita **www.sura.com.**

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Declaro que he sido informado de las coberturas, ... producto y también que se ... las condiciones del mismo y que podrán ser consultadas en la página web.

Firma del asegurado principal
Número de Identificación

Huella ... asegurado principal

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA.: Pasaporte - Nit: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre)

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 BASTIDAS JIMENEZ JUAN JAVIER con C. C. No. 1120216159

CERTIFICO QUE

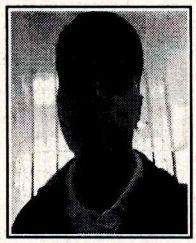
He recibido la siguiente dotación y elementos de protección personal para trabajar:

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 Naranja	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	24-09-2025										
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° 47.926

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	
BASTIDAS JIMENEZ JUAN JAVIER	MASCULINO	21 AÑOS 2 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1120216159 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
17/06/2004	3144208426	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	57,00	168,00	20,20 - 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
	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
X789D1J47926

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BASTIDAS JIMENEZ JUAN JAVIER

CC: 1120216159

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 3d1a0c6a-d9c4-421b-b64d-8e8f23948c6c

Nombres y apellidos / Full name: **JUAN JAVIER BASTIDAS JIMENEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1120216159**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **17/06/2004**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3144208426**

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				
COVID MODERNA	Primera	27	12	2021	Moderna Biotech	005H21A	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	MARIA DEL ROSARIO CHICUNQUE DEJOY
COVID MODERNA	Segunda	14	6	2022	Moderna Biotech	037M21A	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	MARIA DEL ROSARIO CHICUNQUE DEJOY
Fiebre Amarilla	Única	15	2	2024	Sanofi Pasteur	W3E221V	CENTRO DE SALUD SANTIAGO	MIRTHA MARITZA AROS REVELO
TD Adulto	Primera	15	2	2024	Serum	2333Q012B	CENTRO DE SALUD SANTIAGO	MIRTHA MARITZA AROS REVELO

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.

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: Juan Javier Bastidas Jimenez
TIPO PERSONA: Natural
TIPO DOCUMENTO: Cédula ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO: 1120216159

Porcentaje de coincidencia



Tipo de consulta

Manual Simple Masiva Manual Masiva Simple

Resumen de Búsqueda

Listas Internas

- OFAC
- OFAC-Non_SDN
- ONU
- Medios de Comunicación
- Mas Buscados FBI
- Mas Buscados Interpol
- Sancionados Banco Interamericano de Desarrollo
- Sancionados Banco Interamericano de Desarrollo
- Sanciones Fraude y Corrupción Banco Mundial
- Mas Buscados DEA
- Proveedores Ficticios
- Responsables Fiscales
- Boletines Fiscalia General de la Nacion
- Boletines Procuraduría General de la Nacion
- Falsos Vigilados Superintendencia Financiera
- Medidas Administrativas por Captación Ilegal Superintendencia Financiera de Colombia
- Actividades No Autorizadas Superintendencia Financiera de Colombia
- Advertencias por Suplantación Superintendencia Financiera de Colombia
- Postulados Ley 975 de 2005
- Contadores Sancionados
- Jefes de Estado y Miembros de Gabinetes CIA
- Fugitivos Buscados por la RCMP
- Grupos Terroristas Canada
- US State E.O. 13224 - Personas y Entidades Terroristas
- US State - Organizaciones Extranjeras Terroristas
- Lista Engel
- Sanciones Union Europea - Personas
- Sanciones Union Europea - Entidades
- Personas Políticamente Expuestas
- Lideres Mundiales CIDOB
- Sanciones Autónomas canadienses

Consultas Externas

- Rama Judicial
- Procuraduría
- GOOGLE
- RAMAJUDICIALJZ

Google

Pais	Frase	Titulo	Principal	Dirección
México	**Principales** : EXPLOTACION SEXUAL,TRATA DE PERSONAS,ABUSO DE AUTORIDAD,CORRUPCION,SECUESTRO **Secundarias:** DEMANDADOS,ARMAS,CONDENA,ACUSADA,FRAUDE,MULTA ,DESIGNADO,REBELDE,INVESTIGACION,PENAL,DESIGNADOS,IMPUESTOS ,DEMANDADO,DEMANDADA,ARMA	lista	Si	Link
World Wide	**Principales** : Corrupto,Trafico De Migrantes,Corruption,Trafico De Personas,Crimen,Terrorismo ,Contrabando,Secuestro,Lavado De Dinero,Narcotrafico,Rebelion,Trata De Personas ,Evasion Fiscal,Corruptos,Grupos Armados,Corrupcion,Soborno,Abuso De Poder ,Sobornos,Extorsion,Money Laundering,Subversivo **Secundarias:** Impuestos,Intervencion,Sanciones,Ilicitos,Acusaciones,Penal ,Tributario,Rebelde,Investigacion,Escandalos,Financiacion,Intervenciones ,Penales,Delincuente,Condena,Clandestinos,Tributaria,Ilicito ,Armas,Investigaciones,Multas,Impuesto,Delincuentes,Sancion ,Fraude,Escandalo,Tributarias	Corrupcion y contrabando de migrantes en Estados Unidos	Si	Link

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.086.363.757

FAJARDO ZAMUDIO

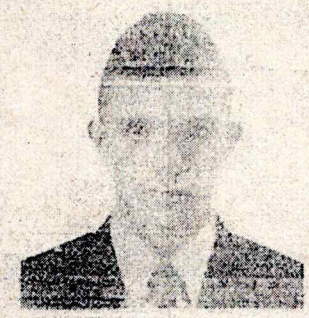
APELLIDOS

BRAYAN MANUEL

NOMBRES

Brayan Fajardo Z

FIRMA





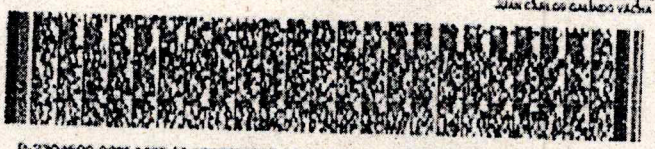
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1998
EL TAMBO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-AGO-2016 EL TAMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2304600-00854482-M-1086363757-20161008 0051757584A 1 467633589

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 1086363757
Nombre: BRAYAN MANUEL FAJARDO ZAMUDIO
Fecha Ingreso: 24/09/2025
Salario básico: 1,423,500
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 02
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 23/09/2025 01:15:29 p. m.

[redacted]

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

A1126

nueva eps — gente cuidando gente

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA 25 | MES 9 | AÑO 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] C. 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: Fajardo — SEGUNDO APELLIDO: Zamudio — PRIMER NOMBRE: Brayan — SEGUNDO NOMBRE: Manuel
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. M.S. R.C. T.I. C.C.[X] C.E. S.C. C.D. A.S. P.T.
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1086363757
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: Colombia — DEPARTAMENTO: Nariño — MUNICIPIO: El Tablón
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 09 MES 04 AÑO 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD [ ]
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL / GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: Colpatria
23. AFP: Protección
24. IBC: 1423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: NA
26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: Kra 18 n24 75
TELÉFONO FIJO: 0000 — TELÉFONO CELULAR: 3106951000 — CORREO ELECTRÓNICO: brayanmfajardo@gmail — DEPARTAMENTO: Putumayo
MUNICIPIO/DISTRITO: Sibundoy — LOCALIDAD/COMUNA: NA — ZONA: URBANA [X] RURAL [ ] — IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F M
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F/M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F/M/T/NB/Otro	41. LUGAR DE NACIMIENTO País/Depto/Municipio	42. FECHA DE NACIMIENTO Día/Mes/Año
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN SI/NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN Nivel/Grupo	49. DISCAPACIDAD SI/NO/Categoría	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI/NO	51. Datos de residencia Departamento/Municipio	ZONA
B1						I. II.				
B2						I. II.				
B3						I. II.				
B4						I. II.				
B5						I. II.				

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: Consorcio San Francisco
56. Tipo documento de identificación: NI[X] T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.
57. Número del documento de identificación: 901581251
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): Dependiente
59. Ubicación — DIRECCIÓN: Calle 10 9A 45 — TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3106951000 — CORREO ELECTRÓNICO: [illegible] — DEPARTAMENTO: Putumayo — MUNICIPIO/DISTRITO: San Francisco

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F M — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD: 24/09/2025 — 67. MOTIVO DE TRASLADO Código — 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE)
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. Firma del cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: [signature] — 81. Firma del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: [signature]

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT — Cantidad — Total
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio. — Total Anexos

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

92. Identificación de la entidad territorial — Código del Municipio — Código del departamento — 93. Nombre de la institución

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

94. Apellidos y nombres: Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre
Tipo documento de identidad: C.C. C.E. P.T. — Número del documento de identidad — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO — 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

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. -

RADICADO — RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FAJARDO ZAMUDIO BRAYAN MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.086.363.757** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de julio de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 16 de septiembre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Comfamiliar del Putumayo

610341-1086363757

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) FAJARDO ZAMUDIO BRAYAN MANUEL identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1086363757, trabajador de la empresa 901591251 - CONSORCIO SAN FRANCISCO, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2025-09-24 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 24 de Septiembre 2025

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

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 FAJARDO ZAMUDIO BRAYAN MANUEL con C. C. No. 1086363757

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 Manga	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	24-09-2025										
FIRMA DEL TRABAJADOR											
FIRMA DE QUIEN ENTREGA											

Observaciones

OCUPSALUD 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° 48.208

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 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	
FAJARDO ZAMUDIO BRAYAN MANUEL	MASCULINO	27 AÑOS 2 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	1086363757 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
07/07/1998	3209138671	SECUNDARIA	O +	UNIÓN LIBRE	56,80	164,00	21,12 - PESO NORMAL

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

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
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	USO DE EPP	DIETA BALANCEADA
	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

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
A789G1M48208

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FAJARDO ZAMUDIO BRAYAN MANUEL

CC: 1086363757

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: Brayan Manuel

Apellidos: Fajardo Zamudio

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

Número de documento: 1086363757

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 07 Año 1998

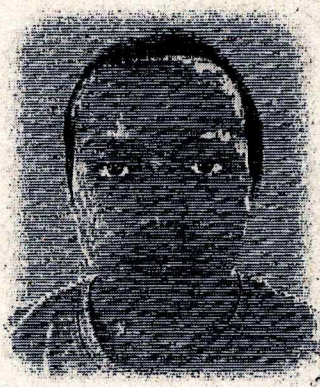
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	31/03/25	CO91NO18	Elizabeth
Fiebre Amarilla	Única	31/03/25	23FC030	Elizabeth
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	17/06/24	23337L37X	Elizabeth
	2	31/03/25	23337L037C	Elizabeth
	3	✓		
	4			
	5			
TdaP acelular	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			
	2ª			
	Ter Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.120.216.401



Apellidos
ASCUNTAR TREJOS

Nombres
DUVERNEY ALDEMAR

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.66	M

Fecha de nacimiento
25 JUL 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN FRANCISCO (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
31 JUL 2023, SAN FRANCISCO

Firma
duberney asuntar

Fecha de expiración
01 AGO 2033

.CO

026891200

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL026891200064013<<<<<<<<<<
0507255M3308017COL1120216401<8
ASCUNTAR<TREJOS<<DUVERNEY<ALDE