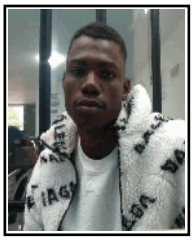
IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.940

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	02 MES	2026 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

TEMPORALES INTEGRALES S A S

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	
CAICEDO ORDOÑEZ LUIS MILLER	MASCULINO	25 AÑOS 1 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	1086695679 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
31/12/2000	3202044372	SECUNDARIA	O +	UNIÓN LIBRE	78.50	179.00	24.50 - PESO NORMAL

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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

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 EPP	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO

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

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CAICEDO ORDOÑEZ LUIS MILLER

R. M.:	522711	L.S.O.:	0961	Código de Seguridad	CC:	1086695679
				L789R1X53940		

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 242967 correspondiente a la empresa Temporales Integrales Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
CARLOS NORBERTO GETIAL TISOY	C.C.	1,125,312,893	17/02/2026	RIESGO V	6.960	RIESGO V

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 17/02/2026, el empleador TEMPORALES INTEGRALES S A S identificado con NIT número 900375602 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9994089	17/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1125312893	CARLOSNORBERTO GETIAL TISOY	1750905	SUPERVISOR DE PERFORACION Y	2026-02-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Febrero del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS NORBERTO GETIAL TISOY** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1125312893,** se encuentra afiliado/a desde **13/12/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo Nit. 891.200.337-8	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

x

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)				
Dependiente ☐	Madre Comunitaria ☐	Facultativo ☐
Servicio Domestico ☐	Pensionado ☐	Independiente ☐

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social	Dirección	Nit.	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
TEMPORALES INTEGRALES SAS	CL 14 A 47 A 69	900375602	240	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
GETIAL	TISOY	CARLOS NORBERTO	MASCULINO ☐ / FEMENINO ☐ / INDETERMINADO ☐	HETEROSEXUAL ☐ / HOMOSEXUAL ☐ / BISEXUAL ☐ / INFORMACION NO DISPONIBLE ☐

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)	Municipio donde Labora
x TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PEP ☐ No.	1125312890	14 / 12 / 1986	SAN FRANCISCO

Dirección	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad
CLL 6 11 23	3208340736	Primaria ☐ / Secundaria x / Técnico ☐ / Tecnologico ☐ / Universitario ☐ / PostGrado ☐ / Ninguno ☐
Correo eletronico: frangetisoy@gmail.com		
Ocupación: PERFORADORES Y	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo) 1 2 3 4 5 6 7	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estado Civil	Vivienda	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
x			x	17 / 02 / 2026
Soltero (a) ☐ Viudo (a) ☐ Separado (a) ☐	Familiar ☐ x Propia ☐	SI x	Normal ☐	Día / Mes / Año
Casado (a) ☐ Divorciado (a) x Union Libre ☐	Arriendo ☐ Hipoteca ☐	NO ☐	Discapacidad x ☐ ¿Cual? _	

Pertenece a algún Resguardo: **SI** __ **NO**__ ¿Cuál?

Pertenece a algún pueblo indígena : **SI** __ **NO**__ ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)	Sexo (M / F / INDETER MINADO)

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PEP ☐				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si ☐ No ☐	Casado(a) ☐ Unión Libre ☐		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo (M / F / INDETER MINADO)

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)	Correo Electrónico
TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PEP ☐	No.		

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia. 1er. Apellido / 2do. Apellido / Nombres	SEXO: MASCULINO	FEMENINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadanía o Extranjería, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia): RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO: HIJOS	PADRES	HERMANOS	HUASTROS	DISCAPACITADO (N° Resguardo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI ☐ NO ☐

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, articulo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI x NO ☐

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com . Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran; Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promocione la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.
Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, x actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico, habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: SI ☐ NO ☐

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad de juramento declaro que. Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas, a tal efecto NO son declarantes de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja. *(Aplica únicamente para afiliación de padres) *.

ANGARITA PEDRO
TEMPORALES INTEGRALES SAS
NIT 900375602-8

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formulario en su totalidad sin tachones ni enmendaduras
2. Adjuntar todos los documentos requeridos para poder tener derecho a cuota monetaria y los servicios que presta la Caja de Compensación
3. Es obligatoria la firma y sello de la empresa.
4. Las fotocopias de los documentos de identidad y soportes que acrediten derechos deben ser perfectamente legibles.
5. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

1. Si falta algún documento, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda la información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.
4. Presentar documentos sin las firmas correspondientes o que estén alterados por alguna circunstancia.

DEPENDIENTE

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Copia del documento de identidad del trabajador o el documento válido de identificación para extranjeros
- Cuando el trabajador es menor de edad, anexar permiso para trabajar expedido por el Ministerio de Trabajo
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública", anexar certificación de acreditación como veterano expedido por el Ministerio de Defensa.

CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente o documento válido de identificación para extranjeros.
- Registro civil de matrimonio o Formato de Declaración Juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, para el(a) compañero(a) permanente
- En caso de que el cónyuge o compañero(a) permanente labore, anexar certificado laboral con salario devengado.
- En caso de que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Para el cónyuge o compañero(a) permanente del mismo sexo se deben presentar los mismos documentos

Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

HIJOS

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro civil de nacimiento
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal-NUIP es alfanumérico
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

HIJASTROS

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro Civil
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad.
- Certificado de la Entidad Promotora de Salud -EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia este en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
- Declaración en el que conste que el padre o madre biológico (a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.
- En caso que el padre biológico haya fallecido anexar registro civil de defunción.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

HERMANOS(AS) HUÉRFANOS DE PADRES

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro Civil de nacimiento del afiliado y del hermano(a)
- Registro de Civil defunción del padre y madre
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

PADRES

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del padre y/o madre o el documento válido de identificación para extranjeros
- Registro Civil de Nacimiento del trabajador.
- Formato de Declaración Juramentada del Ministerio del Trabajo donde se evidencie la dependencia económica y se declare que el padre y/o madre no recibe pensión, salario, ni renta
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador
- Para los padres menores de 60 años, se debe presentar los mismos documentos. (Cuando hay discapacidad)

DISCAPACIDAD

- El trabajador acreditara la discapacidad del beneficiario con certificado legible expedido por la EPS o entidad competente que indique la Discapacidad.

FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR O BENEFICIARIO

- Copia del Registro Civil de Defunción

INDEPENDIENTE O PENSIONADO

- Formulario de Afiliación completamente diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad

Vigilado Supersubsidio

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente,tener contrato a término fijo o indefinido.

2.Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente,no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

3.Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.

4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportarla novedad correspondiente por PILA.

5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido,se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.

6.Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.

7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de febrero de cada año.

8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada,formato suministrado por Comfaputumayo.

SEÑOR TRABAJADOR TENGA PRESENTE

El subsidio familiar es una prestación social pagadera en dinero, especie y servicios a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, y su objetivo fundamental consiste en el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia, como núcleo básico de la sociedad. *Ley 21 de 1982. Art.1*

El subsidio familiar no es salario, ni se computará como factor del mismo en ningún caso. *Ley 21 de 1982. Art.2*

Durante los períodos de incapacidad por motivo de enfermedad no profesional, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional, el trabajador beneficiario tendrá derecho a recibir el subsidio familiar. Dicho trabajador deberá acreditar su incapacidad con certificación expedida por el Instituto de Seguros Sociales en el caso de los trabajadores del sector privado, o por el organismo de previsión social correspondiente en el caso de trabajadores del sector público. Subsidiariamente, donde no exista Seguro Social obligatorio u organismos de previsión social, se acreditará la incapacidad mediante prueba idónea del servicio médico del empleador. Ley 21 de 1982. Art.25

El subsidio familiar por los hijos a cargo se pagará desde el mes de su nacimiento hasta el de su defunción, o cumplimiento de la edad de diez y ocho (18) años. *Ley 21 de 1982. Art. 29.*

Los hermanos huérfanos de padre y los hijos que sean inválidos o de capacidad física disminuida, y que hayan perdido más del sesenta por ciento (60%) de su capacidad normal de trabajo, causarán derecho al subsidio familiar sin ninguna limitación en razón de su edad y percibirán doble cuota de subsidio si reciben educación o formación profesional especializada en establecimiento idóneo. *Ley 21 de 1982. Art 30*

En caso de muerte de una persona a cargo, por la cual el trabajador estuviere recibiendo subsidio familiar, se pagará un subsidio extraordinario por el mes en que ésta ocurra, equivalente a doce (12) mensualidades del subsidio en dinero que viniere recibiendo por el fallecido. Ley 21 de 1982, Art. 34

Todo trabajador beneficiario tendra obligación de avisar a la respectiva Caja directamente o por conducto del empleador, los nacimientos o muertes de personas a cargo, el término de la convivencia, y cualquier otro hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio, dentro del mes en que cualquiera de dichos eventos ocurra.*Ley 21 de 1982, Art. 37*

FACTOR DE VULNERABILIDAD	1.	Desplazado
	2.	Victima del conflicto armado (no desplazado)
	3.	Desmovilizado o reinsertado
	4.	Damnificado desastre natural
	5.	Cabeza de familia
	6.	En condición de discapacidad
	7.	Población migrante
	8.	Población zonas frontera
	9.	Ejercicio del trabajo sexual
	10.	No aplica

PERTENENCIA ÉTNICA	1.	Afrocolombiano
	2.	Comunidad negra
	3.	Indígena
	4.	Palanquero
	5.	Raizal del archipiélago se San Andrés, Providencia y Santa Catalina
	6.	Room/Gitano
	7.	No se auto reconoce en ninguno de los anteriores

TIPO DE DISCAPACIDAD RESOLUCIÓN (1239 de 2022)	1.	Discapacidad Física
	2.	Discapacidad Auditiva
	3.	Discapacidad Visual
	4.	Sordo ceguera
	5.	Discapacidad Intelectual
	6.	Discapacidad Psicosocial
	7.	Discapacidad Múltiple

NOTA: DILIGENCIAR EL NUMERO DEL TIPO DE DISCAPACITADAD EN EL CAMPO DE DATOS DEL TRABAJADOR Y EN PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR.

Vigilado Supersubsidio

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A COMFAMILIAR PUTUMAYO

DERECHOS

1. Recibir un trato digno, amable y respetuoso sin discriminación o distinción, por razones sociales, raciales, ideológicas o económicas. Preservando la honra, reputación, vida privada y familiar.

2. Recibir una atención prioritaria cuando esté en grupos de desprotección o discapacidad con una infraestructura que responda a las necesidades.

3. Acceder a las diferentes opciones de afiliación a la Caja, de acuerdo con la calidad y cumplimiento de los requisitos de Ley establecidos.

4. Recibir oportunamente el pago del subsidio familiar, por los medios de entrega definidos y según el valor establecido en la vigencia.

5. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo o del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar.

6. Disfrutar de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo con la tarifa más baja, por haber estado vinculado durante 25 años o más al sistema del subsidio familiar.

7. Postularse al subsidio de desempleo obteniendo una respuesta dentro de los términos de ley y ser beneficiario al cumplimiento de requisitos establecidos.

8. Conocer la oferta de servicios y tarifas según la categoría aplicable, a través de los medios de difusión establecidos.

9. Obtener un servicio con seguridad y calidad, en los términos y condiciones ofertadas, con una logística e infraestructura adecuada.

10. Recibir una respuesta clara, veraz y con conocimiento respecto a las consultas por los servicios o beneficios ofertados o prestados.

11.Presentar derecho de petición sin necesidad de apoderado, y cuando requiera el reconocimiento de un derecho fundamental que sea tratado prioritariamente.

12. Recibir una respuesta oportuna y de fondo al derecho de petición dentro de los términos de Ley establecidos y por los canales dispuestos.

13.Requerir el cumplimiento de las responsabilidades a los funcionarios de acuerdo a las solicitudes e intereses.

14. Conocer, actualizar, rectificar o suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada.

15. Salvo reserva legal, obtener información de interés público por los canales establecidos y de acuerdo a los términos estipulados en Ley.

16. Solicitar el resarcimiento cuando el servicio no estuvo conforme a las condiciones ofertadas o se genera una experiencia negativa ocasionada por la Caja de compensación.

17. Ejercer cualquier otro derecho que le reconozca la Constitución y Leyes.

DEBERES

1. Acatar la Constitución y las Leyes.

2. Obrar conforme al principio de buena fe, evitando hacer afirmaciones temerarias y utilizar documento o declaración falsa para certificar derechos o acceder a servicios.

3. Tratar con respeto a los funcionarios y colaboradores, empleando un lenguaje ético.

4. Entregar completa y oportunamente la documentación requerida para el trámite, solicitud o necesidad.

5. Actualizar la información de manera oportuna, precisa y veraz, para la acreditación de derechos y confiabilidad de la información

6. Utilizar apropiadamente la infraestructura y bienes dispuestos para la prestación del servicio.

7. Pagar oportunamente el aporte y los servicios segun la categoria aplicable.

8. Ejercer con responsabilidad los derechos y abstenerse de reiterar solicitudes evidentemente improcedentes que afecten los tiempos de los trámites y la agilidad de respuesta.

9. Solicitar de forma oportuna y respetuosa asesoría, información, documentos o servicios.

10.Cumplir con los procedimientos establecidos para los trámites y servicios que presta la Caja.

Vigilado Supersubsidio

Señor Afiliado, a través de la página web www.comfaputumayo.com, podrá consultar o descargar la Carta de derechos y Deberes o la Política de Datos personales de la Caja De Compensación Familiar Del Putumayo . También podrá encontrar información de interés y publicidad de nuestros servicios.

"TU BIENESTAR ES NUESTRA PRIORIDAD"

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.798

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	02 MES	2026 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

TEMPORALES INTEGRALES S A S

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	
GETIAL TISOY CARLOS NORBERTO	MASCULINO	39 AÑOS 2 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	1125312893 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
14/12/1986	3204075803	SECUNDARIA	O -	SOLTERO(A)	70.20	166.00	25.48 - SOBREPESO

Cargo
AUXILIAR DE PERFORACION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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

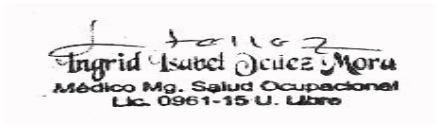
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MÉDICO PERTINENTE : EPS		SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA		MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA : EPS		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : VAL EN EPS PARA MANEJO MEDICO CON LABORATORIOS		DIETA BALANCEADA : BAJA EN HARINAS

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:

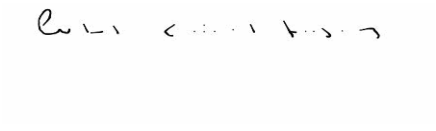
Nombre: CC: 36751153 - INGRID ISABEL TELLEZ

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

Código de Seguridad

W789C1I53798

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GETIAL TISOY CARLOS NORBERTO

CC: 1125312893

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:

CRISTIAN DAVID GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.856.521**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Febrero del 2026.

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.

Comfamiliar del Putumayo

640441-1121509870

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) GARCIA GARZON CRISTIAN DAVID identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1077856521, trabajador de la empresa 901571698 - VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA S.A.S, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-02-04 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 03 de Febrero 2026

Válida Por Treinta(30) días.



ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2026, el empleador VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901571698 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9910562	03/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1077856521	CRISTIAN DAVID GARCIA	1750905	OBRERO DE CONSTRUCCION	2026-02-03

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 02 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000039 SAN FRANCISCO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1077856521	GARCIA CRISTIAN DAVID	03/02/2026		SrZ149U1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/02/2026 21:19:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.99.205.132, 192.230.104.13, 172.16.42.57

VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
II. Hacer	Gestión de la Salud	E.3.1.6	FTO-SST-129
FORMATO RECOMENDACIONES MEDICAS			Fecha: 01 de octubre de 2023
			Versión: 001
			Página 1 de 1

Fecha: 302/2026

PARA: **CRISTIAN DAVID GARCIA Y**
ASUNTO: **RECOMENDACIONES MEDICAS - RESULTADOS EXAMENES DE INGRESO**

Estimado:

Me permito informarle el resultado de su examen médico realizado, en el cual se evidencian las siguientes recomendaciones, para desempeñar el cargo de AYUDANTE DE OBRA .

Recomendaciones médicas: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondiente, protección ocular.

Recomendaciones laborales
SIN RESTRICCIONES LABORALES, el trabajador es APTO.

NANCY BENAVIDES NARVAEZ
COORDINADORA DE GESTIÓN HUMANA
VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENERIA S.A.S.

FIRMA DEL TRABAJADOR

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:

OSCAR MAURICIO VIVAS CABRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.316.436**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Febrero del 2026.

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.

Medellín, 03 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000039 - SAN FRANCISCO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1124316436	VIVAS CABRERA OSCAR MAURICIO	02/02/2026		282316H1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C598189512603457303

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/02/2026 15:55:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.99.205.132, 192.230.104.13, 172.16.42.57

Comfamiliar del Putumayo

651241-1121521870

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) VIVAS CABRERA OSCAR MAURICIO identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1124316436 trabajador de la empresa 901571698 - VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA S.A.S, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-02-04 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 03 de Febrero 2026

Válida Por Treinta(30) días.



ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008
			VERSIÓN: 02
			Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**VIVAS CABRERA OSCAR MAURICIO**
Identificación:	**CC: 1124316436**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS**
Municipio:	**IPIALES**
IPS Asignada:	**IPS MUNICIPAL DE IPIALES E.S.E. - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2026-02-03**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2026-02-03**
Discapacidad:	**N**
Tipo Afiliación:	No registra
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**No Aplica**

Observación :

Dada el Martes, 03 de Febrero de 2026 Cordialmente

EDISON HERNAN SAYALPUD FUELANTALA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud

E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4



INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

FECHA:2 DE FBERERO 2026

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	OSCAR MAURICIO VIVAS CABRERA				
Edad:	29 AÑOS	**Cedula de Ciudadanía:**	1.124.316.436		
Dirección de la Vivienda.	COLON PUTUMAYO	**Teléfono de Contacto:**	3132651046		
EPS:	MALLAMAS	**ARL:**	-	**AFP:**	PORVENIR

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS
Cargo:	Ayudante de obra.

PESO:	**64.8 KG**			**TALLA:**	**1.65 Mt.**		**IMC:**	**23.8**
EXÁMENES	**RESULTADOS**			**EXÁMENES**	**RESULTADOS**			
Físico	Normal	X		**Visiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Valoración columna	Normal	X		**Audiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Vértigo	Normal		Ausente	**Optometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			

LABORATORIOS CLINICOS:

Optometría	X	Valores: Normal	Glicemia	X	Valores: Normal
Audiometría	X	Valores: Normal	Perfil lipídico	X	Valores: Normal

CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa para trabajo en alturas.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondiente.

RESTRICCIONES: Ninguna.

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada 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 medico 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada 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 afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI		NO	X

Dra. Carolina Garcés Benavides
MÉDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
Lic. Cup. 606-2022

DRA. CAROLINA GARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-2022

Oscar Vivas

OSCAR MAURICIO VIVAS CABRERA
CC: 1.124.316.436

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:

LUIS ALEXANDER VIVAS SUAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.317.076**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Febrero del 2026.

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.

Medellín, 02 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000039 SAN FRANCISCO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1124317076	VIVAS SUAREZ LUIS ALEXANDER	03/02/2026		205Sj174	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/02/2026 21:04:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.99.205.132, 192.230.104.13, 172.16.42.57

Comfamiliar del Putumayo

656641-1121525670

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) VIVAS SUAREZ LUIS ALEXANDER identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1124317076 trabajador de la empresa 901571698 - VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA S.A.S, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-02-04 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 03 de Febrero 2026

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008
			VERSIÓN: 02
			Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**VIVAS SUAREZ LUIS ALEXANDER**
Identificación:	**CC: 1124317076**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS**
Municipio:	**IPIALES**
IPS Asignada:	**IPS MUNICIPAL DE IPIALES E.S.E. - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2026-02-03**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2026-02-03**
Discapacidad:	**N**
Tipo Afiliación:	No registra
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**No Aplica**

Observación :

Dada el Martes, 03 de Febrero de 2026 Cordialmente

EDISON HERNAN SAYALPUD FUELANTALA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud

E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4



INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

FECHA:2 DE FBERERO 2026

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	LUIS ALEXANDER VIVAS SUAREZ				
Edad:	19 AÑOS	**Cedula de Ciudadanía:**	1.124.317.076		
Dirección de la Vivienda.	SIBUNDOY – PUTUMAYO	**Teléfono de Contacto:**	3228576510		
EPS:	EMSSANAR	**ARL:**	-	**AFP:**	-

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS
Cargo:	Ayudante de obra.

PESO:	**64 KG**			**TALLA:**	**1.69 Mt.**			**IMC:**	**22.4**
EXÁMENES	**RESULTADOS**			**EXÁMENES**	**RESULTADOS**				
Físico	Normal	X		**Visiometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				
Valoración columna	Normal	X		**Audiometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				
Vértigo	Normal		Ausente	**Optometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				

LABORATORIOS CLINICOS:

Optometría	X	Valores: Normal	Glicemia	X	Valores: Normal
Audiometría	X	Valores: Normal	Perfil lipídico	X	Valores: Normal

CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa para trabajo en alturas.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondiente.

RESTRICCIONES: Ninguna.

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada 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 medico 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada 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 afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI		NO	X

Dra. Carolina Garcés Benavides
MÉDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
Lic. Cup. 606-2022

DRA. CAROLINA GARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-2022

Luis vivas

LUIS ALEXANDER VIVAS SUAREZ
CC: 1.124.317.076

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:

FABER ALDAIR MADRIÑAN MOLINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.907.718**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Febrero del 2026.

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

645241-1126259870

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) MADRIÑAN MOLINA FABER ALDAIR identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1006907718 trabajador de la empresa 901571698 - VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA S.A.S, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-02-04 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 03 de Febrero 2026

Válida Por Treinta(30) días.



ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008
			VERSIÓN: 02
			Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**MADRIÑAN ALDAIR FABER**
Identificación:	**CC: 1006907718**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS**
Municipio:	**IPIALES**
IPS Asignada:	**IPS MUNICIPAL DE IPIALES E.S.E. - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2026-02-03**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2026-02-03**
Discapacidad:	**N**
Tipo Afiliación:	No registra
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**No Aplica**

Observación :

Dada el Martes, 03 de Febrero de 2026 Cordialmente

EDISON HERNAN SAYALPUD FUELANTALA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud

E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

Medellín, 03 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000039 - SAN FRANCISCO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1006907718	MADRIÑAN MOLINA FAVER ALDAIR	03/02/2026		²3820825	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C598189512603459843

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/02/2026 16:37:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.99.205.132, 192.230.104.13, 172.16.42.57

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4



INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

FECHA:2 DE FBERERO 2026

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	FABER ALDAIR MADRIÑAN MOLINA				
Edad:	22 AÑOS	**Cedula de Ciudadanía:**	1.006.907.718		
Dirección de la Vivienda.	VEREDA MUCHIBIOY – SANTIAGO PUTUMAYO	**Teléfono de Contacto:**	3219695565		
EPS:	MALLAMAS	**ARL:**	-	**AFP:**	-

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS
Cargo:	Ayudante de obra.

PESO:	**61 KG**			**TALLA:**	**1.72 Mt.**			**IMC:**	**20.6**
EXÁMENES	**RESULTADOS**			**EXÁMENES**	**RESULTADOS**				
Físico	Normal	X		**Visiometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				
Valoración columna	Normal	X		**Audiometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				
Vértigo	Normal		Ausente	**Optometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				

LABORATORIOS CLINICOS:

Optometría	X	Valores: Normal	Glicemia	X	Valores: Normal
Audiometría	X	Valores: Normal	Perfil lipídico	X	Valores: Normal

CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa para trabajo en alturas.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondiente, protección ocular.

RESTRICCIONES: Ninguna.

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada 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 medico 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada 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 afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI		NO	X

Dra. Carolina Garcés Benavides
MEDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
Lic. Cup. 606-2022

DRA. CAROLINA GARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-2022

Faber Madriñan

FABER ALDAIR MADRIÑAN MOLINA
CC: 1.006.907.718

Medellín, 02 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000039 SAN FRANCISCO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1006679881	JAMIOY JAMIOY JOSE PEDRO	03/02/2026		22924416	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/02/2026 19:40:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.99.205.132, 192.230.104.13, 172.16.42.57

Comfamiliar del Putumayo

640801-1123509870

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) JAMIOY JAMIOY JOSE PEDRO identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1006679881 trabajador de la empresa 901571698 - VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA S.A.S, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-02-04 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 03 de Febrero 2026

Válida Por Treinta(30) días.



ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

Que el(la) señor(a) JOSE PEDRO JAMIOY JAMIOY identificado(a) con CC 1066679881, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS NIT 901571698 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
03/Feb/2026	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
03/Feb/2026	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 04 dias del mes de Febrero de 2026.

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,



EMSSANAR EPS SAS

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4



INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

FECHA:2 DE FBERERO 2026

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	JOSE PEDRO JAMIOY JAMIOY				
Edad:	25 AÑOS	**Cedula de Ciudadanía:**	1.006.679.881Q		
Dirección de la Vivienda.	SANTIAGO PUTUMAYO	**Teléfono de Contacto:**	3204349841		
EPS:	EMSSANAR	**ARL:**	-	**AFP:**	-

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS
Cargo:	Ayudante de obra.

PESO:	**66 KG**			**TALLA:**	**1.68 Mt.**			**IMC:**	**23.4**
EXÁMENES	**RESULTADOS**			**EXÁMENES**	**RESULTADOS**				
Físico	Normal	X		**Visiometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				
Valoración columna	Normal	X		**Audiometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				
Vértigo	Normal		Ausente	**Optometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				

LABORATORIOS CLINICOS:

Optometría	X	Valores: Normal	Glicemia	X	Valores: Normal
Audiometría	X	Valores: Normal	Perfil lipídico	X	Valores: Normal

CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa para trabajo en alturas.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondiente, protección ocular.

RESTRICCIONES: Ninguna.

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada 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 medico 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada 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 afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI		NO	X

Dra. Carolina Garcés Benavides
MÉDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
Lic. Cup. 606-2022

DRA. CAROLINA GARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-2022

José Jamioy Jamioy

JOSE PEDRO JAMIOY JAMIOY
CC: 1.006.679.881

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 DANIEL MAIGUAL BENAVIDES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.679.867**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Febrero del 2026.

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.

Medellín, 02 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000027 MOCOA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1006679867	MAIGUAL BENAVIDES CARLOS DANIEL	03/02/2026		nd115113	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/02/2026 20:44:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.99.205.132, 192.230.104.13, 172.16.42.57

Comfamiliar del Putumayo

654141-1126321870

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) MAIGUAL BENAVIDES CARLOS DANIEL identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1006679867 trabajador de la empresa 901571698 - VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA S.A.S, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-02-04 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 03 de Febrero 2026

Válida Por Treinta(30) días.



ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

Que el(la) señor(a) CARLOS DANIEL MAIGUAL identificado(a) con CC 1006679867, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS NIT 901571698 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
03/Feb/2026	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
03/Feb/2026	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 04 dias del mes de Febrero de 2026.

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,



EMSSANAR EPS SAS

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4



INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

FECHA:2 DE FBERERO 2026

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	CARLOS DANIEL MAIGUAL BENAVIDES				
Edad:	23 AÑOS	**Cedula de Ciudadanía:**		1.006.679.867	
Dirección de la Vivienda.	VEREDA LA LOMA SAN FRANCISCO PUTUMAYO	**Teléfono de Contacto:**		3204686020	
EPS:	EMSSANAR	**ARL:**	-	**AFP:**	PORVENIR

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS
Cargo:	Ayudante de obra.

PESO:	**77 KG**			**TALLA:**	**1.68 Mt.**		**IMC:**	**27.3**
EXÁMENES	**RESULTADOS**			**EXÁMENES**	**RESULTADOS**			
Físico	Normal	X		**Visiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Valoración columna	Normal	X		**Audiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Vértigo	Normal		Ausente	**Optometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			

LABORATORIOS CLINICOS:

Optometría	X	Valores: Normal	Glicemia	X	Valores: Normal
Audiometría	X	Valores: Normal	Perfil lipídico	X	Valores: Normal

CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa para trabajo en alturas.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondiente, protección ocular.

RESTRICCIONES: Ninguna.

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular	X		

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada 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 medico 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada 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 afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI		NO	X

Dra. Carolina Garcés Benavides
MÉDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
Lic. Cup. 606-2022

DRA. CAROLINA GARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-2022

Daniel Maigual

CARLOS DANIEL MAIGUAL BENAVIDES
CC: 1.006.679.867

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:

NICOLAS LEON DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.892.894**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Febrero del 2026.

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.

Medellín, 09 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000027 - MOCOA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1100892894	LEON DIAZ NICOLAS	16/01/2026		q1437202	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C598189512604037322

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/02/2026 10:22:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.99.205.132, 192.230.104.13, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016228614	3|0|0|1|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
LEON Primer apellido	DIAZ Segundo apellido	NICOLAS Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1100892894	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: SANTANDER	Municipio: SAN VICENTE DE CHUCURI		2|7|1|0|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 34 56 12	7569322	3225214121	NICOLASLEON@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
SANTANDER	BUCARAMANGA	170	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS ANTIGUO CAMPESTRE - CLINICA SAN JOSE SAS	VSANTIGUO - BARRANJOSE
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LUIS SEBASTIAN VILLALOBOS BENAVIDES	CC	1085296567	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 23 12 3	7206362	SONIA21CRISTINALM@GMAIL.COM	NARIÑO	PASTO

No de Radicacion
4016228614

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion 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
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|3|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☒ Autorización para que la EPS maneje 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 Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **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 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Nicolas Leon	Sebastian Villalobos

X.ANEXOS

☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Comfamiliar del Putumayo

632106-452514621

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) DIAZ NICOLAS LEON identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 100892894, trabajdor de la empresa 901571698 - VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA S.A.S, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-01-13 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 09 de Febrero 2026

Válida Por Treinta(30) días.



ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

IPS AMPM24 SAS
NIT: 900813532
Dirección: Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15
Tel: 7377355 - 3042045021
Pasto - Nariño

DATOS DE EMPRESA

Empresa contratante: VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS | **Empresa en misión:** NO APLICA

INFORMACIÓN DEL USUARIO



Nombres y Apellidos: Nicolas Leon Diaz | **N° identificación:** CC - 1100892894

Sexo: Masculino | **Edad:** 33 | **Fecha de nacimiento:** 1991-10-27

Lugar de nacimiento: San Vicente Chucuri - Santander | **Lugar de residencia:** Rio Negro - Antioquia

Dirección: Finca el Rubi | **Teléfono:** No refiere | **Celular:** 3103093163

Correo electrónico: No refiere | **Estado civil:** Soltera/o | **Escolaridad:** Bachillerato Completo

Hemoclasificación: O+ | **Hijos:** No refiere | **IMC:** 23.7 | **EPS:** Emssanar

Regimen: Subsidiado | **Fondo de pensión:** No Refiere | **ARL:** No Refiere

Estrato: 2 | **Zona:** Urbana | **Grupo étnico:** No Refiere | **Discapacidad:** No

INFORMACIÓN DE LA ORDEN MÉDICA

Código: 92210 | **Cargo:** Operador de Maquinaria Everding | **Fecha de ingreso:** 2025-10-06 | **Hora de ingreso:** 07:42

Lugar de realización: Pasto - Nariño | **Entidad:** IPS AMPM24 SAS | **Dirección:** Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15

VALORACIÓN MÉDICA

Tipo de examen realizado: Pre ingreso | **Examen:** Examen medico ocupacional con enfasis en alturas

Énfasis: Osteomuscular, En trabajo en alturas

Concepto: Cumple para el cargo / Sin restricciones para el cargo

Aptitudes y/o Tareas: Apto para laborar en alturas

Ingreso al PVE preventivo: Ninguno

Programa de promoción y prevención: No aplica

Recomendaciones y/o Restricciones: Ninguno

Clasificación Gatiso Osteomuscular | **Tipo:** 1 | **Grupo:** No registra

Remisión y controles por su EPS: Ninguno

¿Está en controles con la ARL?: No

Observaciones Médicas: Procurar su autocuidado, , utilizar la dotación y los elementos de protección personal . cumplir con los procedimientos para el trabajo seguro en alturas. utilizar una adecuada higiene postural y mecánicacorporal para sus funciones para la movilización de cargas, y para realizar las demás tareas de su ocupación

Recomendaciones Laborales: No

Restricciones Laborales: No

Otros Examenes Realizados: Audiometria, Glicemia, Optometria, Perfil Lipidico, Anexo De Alturas

TANIA LIZETH ORTEGA PANTOJA
CC 010538243980
TP: 1053824398
LN: LIC. SO. 34692019 ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL

NICOLAS LEON DIAZ
CC 1100892894

IPS AMPM24 SAS
NIT: 900813532
Dirección: Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15
Tel: 7377355 - 3042045021
Pasto - Nariño

VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

A la valoración en reposo: ninguna limitacion funcional, ninguna sintomatologia osteomuscular, arcos de movilidad adecuados , fuerza conservada

INFORMACIÓN DE LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Audiometria: Presenta audición bilateral satisfactoria, se sugiere uso de protección auditiva.
Recomendaciones: Autocuidado auditivo, Control anual

Glicemia: Aprobado

Optometria: Debe usar gafas permanentes, se sugiere consulta de oftalmologia para descartar ectasia corneal
Recomendaciones: Corrección Óptica permanente, Control 1 año

Perfil lipidico: Aprobado

Anexo de alturas: Se realizo examen fisico, revision de examenes de laboratorio y pruebas vestibulares y se concluye que es apto para labores en alturas

AUTOCUIDADO

Se explica la importancia del autocuidado como:

ACTIVIDAD FÍSICA

1. Realice al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana.
2. Realice ejercicios de fortalecimiento muscular, mínimo dos veces por semana.
3. Reduzca el uso de pantallas cuanto sea posible.
4. Prefiera caminar y/o usar bicicleta para transportarse.
5. Disfrute y diviértase con la actividad física. Haga buen uso de su tiempo libre.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

1. Incluya alimentos variados y nutritivos diariamente.
2. Reduzca el consumo de grasas saturadas y evite comida chatarra.
3. Consuma frutas y verduras, al menos 5 porciones al día.
4. Vigile y controle su peso corporal.
5. Evite el consumo de bebidas azucaradas (gaseosas y bebidas procesadas).
6. Reduzca el uso de sal en sus comidas.

RECOMENDACIONES DE CUIDADO PERSONAL Y PROTECCIÓN DE INFECCIÓN

HIGIENE PERSONAL

1. Lavado de manos frecuente: Lava tus manos con jabón y agua durante al menos 60 segundos, especialmente después de:
   - Usar el baño
   - Antes de comer
   - Después de tocar animales o superficies contaminadas
2. Cubre tu boca y nariz con un pañuelo o la manga cuando tosas o estornudes.
3. Evitar contacto con personas enfermas.
4. Mantener una buena higiene personal, incluyendo el baño regular y el lavado de ropa.
5. Duerme lo suficiente para ayudar a tu sistema inmunológico a funcionar correctamente.

CONSIDERACIONES LEGALES

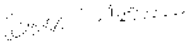
El presente documento consigna la información suministrada por mí, certifica que es veraz y autorizo a la IPS AMPM24 SAS a entregar el certificado médico ocupacional resultante de esta valoración donde se registran las recomendaciones, restricciones y/u observaciones médicas dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan información que es necesaria para el programa de medicina preventiva de la compañía.

IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009, la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 – Articulo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social profesional, la guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, la empresa solo obtendrá los certificados médicos emitidos.

La IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de julio 2007 Parágrafo del Artículo 10 y la ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a los dispuestos en sus artículos 9 y 12, a su Decreto reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos. Para mayor información sobre la política de tratamiento de datos puede visitar el sitio web de la IPS AMPM24 SAS en la dirección: https://www.ampm24.co/



TANIA LIZETH ORTEGA PANTOJA
CC 010538243980
TP: 1053824398
LN: LIC. SO. 34692019 ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL



NICOLAS LEON DIAZ
CC 1100892894

IPS AM PM
CUIDAMOS DE SU SALUD
Y BIENESTAR INTEGRAL
/ 24 SAS

Medellín, 09 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - PUEBLO RICO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1087007078	GUERRA SANCHEZ ALEX ALDEMAR	16/01/2026		16414422	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C598189512604053369

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/02/2026 14:49:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.99.205.132, 192.230.104.13, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 10/01/2026, el empleador VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901571698 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9759429	10/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1087007078	ALEXALDEMAR GUERRA SANCHEZ	1750905	OBRERO DE CONSTRUCCION	2026-01-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

ALEX ALDEMAR GUERRA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.087.007.078**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Febrero del 2026.

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.

Comfamiliar RISARALDA
NIT.891.480.000 - 1

INCONDICIONALES con Risaralda

EL LÍDER DE APORTES Y SUBSIDIO
HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) **GUERRA SANCHEZ ALEX ALDEMAR**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1087007078 se encuentra afiliado(a). Actualmente el trabajador tiene la categoría A

Las siguientes personas se encuentran en su grupo familiar, segun el estado que aplique:

Identificación	Nombre Persona	Fec Afilia	Parentesco	Edad	Cert. Escolar	Estado
		20260114		0	NO PRESENTADO	ACTIVO

Se encuentra afiliado en la(s) siguientes(s) empresas:

Razón Social	Fec. Ingreso	Fec. Afiliación	Último Periodo Nómina
VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS	20260113	20260114	202312

Nota: los beneficiarios entre 12 y 18 años deben acreditar certificado de escolaridad para adquirir derecho al pago del subsidio familiar.

El Decreto 2642 de 2022 del Ministerio del Trabajo modificó las categorías tarifarias de los afiliados para los servicios sociales prestados por las cajas de compensación familiar. En consecuencia, la categoría relacionada en el presente certificado aplica exclusivamente para el subsidio familiar, por lo que, al momento de facturar el servicio de su interés, esta categoría puede ser diferente.

Esta constancia ha sido generada por la empresa a través de la página web de Aportes y Subsidio.

Pereira, 20260209

Xiomara Alzate

XIOMARA ALZATE RAMIREZ

Certificado de Originalidad

IPS AMPM24 SAS
NIT: 900813532
Dirección: Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15
Tel: 7377355 - 3042045021
Pasto - Nariño

DATOS DE EMPRESA

Empresa contratante: VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS	**Empresa en misión:** NO APLICA

INFORMACIÓN DEL USUARIO



Nombres y Apellidos: Alex Aldemar Guerra Sanchez			**N° identificación:** CC - 1087007078
Sexo: Masculino	**Edad:** 34	**Fecha de nacimiento:** 1991-03-07	
Lugar de nacimiento: Funes - Nariño		**Lugar de residencia:** Funes - Nariño	
Dirección: Calle 9		**Teléfono:** No refiere	**Celular:** 3209563590
Correo electrónico: No refiere		**Estado civil:** Soltera/o	**Escolaridad:** Bachillerato Completo
Hemoclasificación: A+	**Hijos:** No refiere	**IMC:** 23.4	**EPS:** Emssanar
Regimen: Contributivo	**Fondo de pensión:** Porvenir		**ARL:** No Refiere
Estrato: 2	**Zona:** Urbana	**Grupo étnico:** No Refiere	**Discapacidad:** No

INFORMACIÓN DE LA ORDEN MÉDICA

Código: 98841	**Cargo:** Operador múltiple	**Fecha de ingreso:** 2026-01-08	**Hora de ingreso:** 09:05
Lugar de realización: Pasto - Nariño	**Entidad:** IPS AMPM24 SAS	**Dirección:** Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15	

VALORACIÓN MÉDICA

Tipo de examen realizado: Pre ingreso		**Examen:** Examen medico ocupacional con enfasis en alturas
Énfasis: Osteomuscular, En trabajo en alturas		
Concepto: Cumple para el cargo / Sin restricciones para el cargo		
Aptitudes y/o Tareas: Apto para laborar en alturas		
Ingreso al PVE preventivo: Ninguno		
Programa de promoción y prevención: Ninguno		
Recomendaciones y/o Restricciones: Ninguno		
Clasificación Gatiso Osteomuscular	**Tipo:** 1	**Grupo:** No registra
Remisión y controles por su EPS: Ninguno		
¿Está en controles con la ARL?: No		

Observaciones Médicas: Paciente en buenas condiciones generales sin alteraciones al examen físico, no se encontraron hallazgos positivos que le impidan desempeñar el cargo. se recomienda realizar pausas activas, cumplir normas del sistema de gestión sst, uso de elementos de protección personal de acuerdo a exposición del riesgo, capacitación en higiene postural, pausas activas, capacitar en prevención de lesiones osteomusculares , adecuado uso de herramientas y maquinaria usadas por el trabajador para la ejecución de sus tareas, levantamiento de cargas con técnica apropiada y de acuerdo a los límites permisibles establecidos,

Recomendaciones Laborales: Ninguna

Restricciones Laborales: Ninguna

Otros Examenes Realizados: Audiometria, Glicemia, Optometria, Perfil Lipidico, Anexo De Alturas

FLOR CATHERINE DIAZ CORDOBA
CC 1087959721
TP: 1087959721
LN: LIC. SO. 24522021 ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL

ALEX ALDEMAR GUERRA SANCHEZ
CC 1087007078

IPS AMPM24 SAS
NIT: 900813532
Dirección: Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15
Tel: 7377355 - 3042045021
Pasto - Nariño

VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

Durante el examen realizado en reposo no se encontraron hallazgos que le restrinjan realizar actividades de manejo de cargas, adoptar posturas forzadas o movimientos repetitivos, por tanto no requiere restricciones.

INFORMACIÓN DE LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Audiometria: El descenso auditivo que presenta no altera su capacidad comunicativa utilizar protección auditiva adecuada en ambientes ruidosos
Recomendaciones: Autocuidado auditivo, Control anual

Glicemia: Aprobado

Optometria: Se sugier uso de gafasde manera ocasional
Recomendaciones: Control 1 año, Corrección Óptica ocasional

Perfil lipidico: Aprobado

Anexo de alturas: Apto

AUTOCUIDADO

Se explica la importancia del autocuidado como:

ACTIVIDAD FÍSICA

1. Realice al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana.
2. Realice ejercicios de fortalecimiento muscular, mínimo dos veces por semana.
3. Reduzca el uso de pantallas cuanto sea posible.
4. Prefiera caminar y/o usar bicicleta para transportarse.
5. Disfrute y diviértase con la actividad física. Haga buen uso de su tiempo libre.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

1. Incluya alimentos variados y nutritivos diariamente.
2. Reduzca el consumo de grasas saturadas y evite comida chatarra.
3. Consuma frutas y verduras, al menos 5 porciones al día.
4. Vigile y controle su peso corporal.
5. Evite el consumo de bebidas azucaradas (gaseosas y bebidas procesadas).
6. Reduzca el uso de sal en sus comidas.

RECOMENDACIONES DE CUIDADO PERSONAL Y PROTECCIÓN DE INFECCIÓN

HIGIENE PERSONAL

1. Lavado de manos frecuente: Lava tus manos con jabón y agua durante al menos 60 segundos, especialmente después de:
    - Usar el baño
    - Antes de comer
    - Después de tocar animales o superficies contaminadas
2. Cubre tu boca y nariz con un pañuelo o la manga cuando tosas o estornudes.
3. Evitar contacto con personas enfermas.
4. Mantener una buena higiene personal, incluyendo el baño regular y el lavado de ropa.
5. Duerme lo suficiente para ayudar a tu sistema inmunológico a funcionar correctamente.

CONSIDERACIONES LEGALES

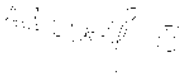
El presente documento consigna la información suministrada por mí, certifica que es veraz y autorizo a la IPS AMPM24 SAS a entregar el certificado médico ocupacional resultante de esta valoración donde se registran las recomendaciones, restricciones y/u observaciones médicas dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan información que es necesaria para el programa de medicina preventiva de la compañía.

IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009, la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 – Articulo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social profesional, la guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, la empresa solo obtendrá los certificados médicos emitidos.

La IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de julio 2007 Parágrafo del Artículo 10 y la ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a los dispuestos en sus artículos 9 y 12, a su Decreto reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos. Para mayor información sobre la política de tratamiento de datos puede visitar el sitio web de la IPS AMPM24 SAS en la dirección: https://www.ampm24.co/



FLOR CATHERINE DIAZ CORDOBA
CC 1087959721
TP: 1087959721
LN: LIC. SO. 24522021 ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL



ALEX ALDEMAR GUERRA SANCHEZ
CC 1087007078

IPS AM PM
CUIDAMOS DE SU SALUD
Y BIENESTAR INTEGRAL
/ 24 SAS

Medellín, 21 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000039 SAN FRANCISCO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1004726939	NANDAR RIVERA SEBASTIAN ALEJANDRO	23/02/2026		24416862	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/02/2026 09:43:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.99.205.132, 192.230.104.13, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Comfamiliar del Putumayo

656519-1096255116

COORDINACION DE AFILIACIONES Y APORTES

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) SEBASTIAN ALEJANDRO NANDAR RIVERA identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 1004.726.939 trabajador de la empresa 901571698 - VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA S.A.S, se encuentra registrado en nuestra base de datos desde el 2026-23-02 con un estado ACTIVO.

Esta certificación se expide en Puerto Asis a solicitud del interesado el día 20 de febrero de 2026.

Válida Por Treinta(30) días.

ADRIANA MAILEN ENRIQUEZ LOPEZ
COORDINADORA APORTES Y SUBSIDIOS

Vigilado Supersubsidio

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:

SEBASTIAN ALEJANDRO NANDAR RIVERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.726.939**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Febrero del 2026.

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.

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) SEBASTIAN ALEJANDRO NANDAR RIVERA identificado(a) con CC 1.004.726.939 se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS NIT 901571698 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
23/Feb/2026	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
23/Feb/2026	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 20 días del mes de febrero de 2026.

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

CENTRO MÉDICO LABORAL
DR. HAROLD CHAMORRO

NIT: 13068668-1
Licencia Salud Ocupacional No. 1212/18
Dir: Calle 13 # 23-10 Barrio Santiago
Cel: 316 495 0129 - 305 426 8222
Correo: medicolaboralpasto@gmail.com
Pasto, Nariño



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20.980

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	02 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS / CIIU 4290	VILLALOBOS PERFORACIONES E INGENIERIA SAS / CIIU 4290

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	
NANDAR RIVERA SEBASTIAN ALEJANDRO	MASCULINO	25 AÑOS 5 MESES 21 DÍAS	CC	1004726939
	Hemoclasificación: O +		Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Eps	Afp	Arl	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
30/08/2000		EMSSANAR	NO REFIERE	NO REFIERE	69,00	172,00	23,32 - PESO NORMAL

Cargo
OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCCIONES PARA LA LABOR ASIGNADA Y PARA CURSO EN ALTURAS

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRIA	✓
GLICEMIA, TRIGLICERIDOS, COLESTEROL TOTAL, AUDIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	ERGONOMÍA: MANTÉN UNA BUENA POSTURA, ORGANIZA TU ESPACIO DE TRABAJO Y HAZ PAUSAS ACTIVAS FRECUENTES ERGONOMÍA: REALICE PAUSAS ACTIVAS DESPUES DE CADA HORA DE LABOR DE 2 MIN DE DURACION HIDRATACIÓN Y NUTRICIÓN: BEBE AGUA CONSTANTEMENTE Y ELIGE COMIDAS LIGERAS Y SALUDABLES. GESTIÓN DEL TIEMPO:PLANIFICA TAREAS, ESTABLECE PRIORIDADES Y EVITA DISTRACCIONES PARA REDUCIR STRES CUMPLE NORMATIVAS: SIGUE LAS RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DE SALUD OCUPACIONAL DE TU EMPRESA UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA SEGURIDAD EN SU TRABAJO REPORTAR OPORTUNAMENTE TODO INCIDENTE O ACCIDENTE RELACIONADO CON EL TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL DEPENDIENDO DEL CARGO A REALIZAR PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS DEFINIDO POR LA EMPRESA	ALIMENTACIÓN: DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, AGUA,LIMITA AZÚCARES Y ALIMENTOS PROCESADOS ACTIVIDAD FÍSICA: MUÉVETE A DIARIO, CAMINA Y HAZ ESTIRAMIENTOS, PRACTIQUE ALGUN DEPORTE O ACTIVIDAD HÁBITOS NOCIVOS: EVITA EL CONSUMO DE TABACO , DE ALCOHOL Y CUALQUIER SUSTANCIA PSICOACTIVA SALUD MENTAL: GESTIONA EL ESTRÉS, RESPETA TUS DESCANSOS, EVITA CONFLICTOS, TRABAJE EN EQUIPO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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



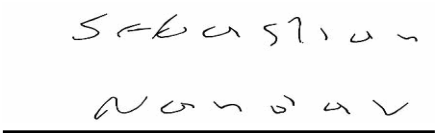
Firma:

Nombre: CC: 13068668 - HAROLD ALEXANDER CHAMORI

R. M.: 521621 **L.S.O.:** 1212/18

Código de Seguridad
O1189U1A20980

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: NANDAR RIVERA SEBASTIAN ALEJANDRO

CC: 1004726939

ARL | sura

Medellín, 31 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUARTES INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 PUTUMAYO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005368036	GARCIA QUIROGA SANTIAGO	02/02/2026		V1751115	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2026 09:57:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.196.105, 192.230.104.14, 172.16.42.57

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Número de Solicitud 6I_7214021

Reingreso 1

Empleador	NI 901583980 CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S
Afiliado	CC 1005368036 SANTIAGO GARCIA QUIROGA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,750,905
Cargo	OTRO
Sucursal	CALARCA CL 43 22 30 ED MOCA
Fecha de ingreso	31/01/2026
Fecha de radicación	31/01/2026 09:59:56 a.m.
Código de Transacción	210744771
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 02/2026

Fecha de generación 31/01/2026

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARCIA QUIROGA SANTIAGO** identificado(a) con **CC** número **1.005.368.036** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de enero 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 31 de enero de 2026.

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/**

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo Nit 891.200.117-8	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)

Dependiente	X	Madre Comunitaria		Facultativo	
Servicio Domestico		Pensionado		Independiente	

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S	CL 43 22 30 ED MOCA	901583980	240	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
GARCIA	QUIROGA	SANTIAGO	MASCULINO X	HETEROSEXUAL X
			FEMENINO	HOMOSEXUAL
			INDETERMINADO	BISEXUAL
				INFORMACION NO DISPONIBLE

Tipo de Identificación:	Numero de Identificación:	Fecha de Nacimiento: Día	Mes	Año	Municipio donde Labora:
TI CC X CE PA PEP	No. 1005368036	14	02	2001	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
BAR EL CARMEN	3125773565	Primaria Secundaria X Técnico Tecnológico Universitario PostGrado Ninguno
Correo eletronico: santiagogarciaquiroga@gmail.com		

Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
CONDUCTORES DE	1 2 3 4 5 6 X	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) X Viudo (a) Separado (a)	Familiar Propia	SI	Normal X	Día 02 Mes 02 Año 2026
Casado (a) Divorciado (a) Union Libre	Arriendo Hipoteca	NO X	Discapacidad ¿Cual?	

Pertenece a algún Resguardo: **SI** __ **NO** X ¿Cuál?

Pertenece a algún pueblo indígena : **SI** __ **NO** X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Sexo M / F

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI CC CE PA PEP				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si No	Casado(a) Unión Libre		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo M / F

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Correo Electrónico
TI CC CE PA PEP	No.				

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia. 1er. Apellido 2do. Apellido Nombres	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	SEXO INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadania o Extranjeria, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia) RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Respaldo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI ☐ NO ☐

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACIÓN: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, artículo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI ☐ NO ☐

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com . Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran: Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promociona la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.
Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico, habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: SI X NO ☐

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad de juramento declaro que. Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas, a tal efecto NO son declarantes de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja. *(Aplica únicamente para afiliación de padres) *.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR — FIRMA DEL TRABAJADOR — FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

Recibido: NIT. 901583980-5

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION OCUPACIONAL S.A.S

CRA 15 N° 14-60 BRR OBRERO II Teléfonos 3219435891 Fax - Mocoa - Putumayo

Sigo IPS
Soluciones Integrales en Gestión Ocupacional

Concepto Aptitud Ocupacional 37072

Hora Ingreso: 7:15
Hora Egreso: 8:27

FECHA DE REALIZACION DEL EXAMEN			TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))
29	1	2026	Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Otro [ ] Altura [ ]

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ

Razón Social: CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S
Dirección del centro de trabajo: CL 43 22 30 ED MOCA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

GARCIA QUIROGA SANTIAGO — CC 1005368036

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Género (Marque con una X)		Fecha de Nacimiento			Edad (años)	EPS (A la que se encuentra afiliado)
Femenino [ ]	Masculino [X]	14	2	2001	24	NUEVA EPS

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha Ingreso a la Empresa	Cargo	Sección	Antiguedad en el cargo actual (no aplica para Ingreso)
	CONDUCTOR	SERVICIOS Y OTROS	

CONSULTAS/PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENES REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral , Audiometría , Visiometría , Colesterol HDL , Colesterol LDL , Colesterol Total , Triglicéridos , MUESTRA DE LABORATORIO (GLICEMIA) , Pruebas Psicosensométricas

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médicoy paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoria brindada antes de las respectivas toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completos y son veridicas. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

CONCEPTO OCUPACIONAL

Apto Sin Patologia Aparente

[ ] Sospecha De Enfermedad Laboral

RECOMENDACIONES

Ocupacionales

- [x] Capacitación Según Matriz De Riesgos y Peligros
- [x] Higiene Postural
- [x] Higiene Biomecánica Integral
- [x] Pausas Activas Laborales
- [x] Uso De EPP
- [x] Cultura Del Autocuidado

Médicas

- [ ] Valoración Por Optometría Prioritaria
- [ ] Valoración Por Medicina General EPS
- [ ] Valoración Por ARL
- [ ] Valoración Por Medicina Laboral EPS
- [ ] Valoración Por Nutricionista EPS

Capacitación y Entrenamiento

- [ ] Para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos

Sistema Vigilancia Epidemiológica

- [ ] SVE Salud Auditiva (Enfasis en protección Auditiva)
- [ ] SVE Cardiovascular
- [ ] SVE Salud Visual
- [ ] Corrección Óptica Permanente
- [ ] SVE Salud Respiratoria
- [ ] SVE Biomecanico

Hábitos y Estilos De Vida Saludable

- [x] Ejercicio Físico Regular 3 Veces por semana (Acondicionamiento físico)
- [x] Énfasis En Estiramientos Integrales
- [x] Nutrición Balanceada
- [ ] Cesación De Tabaquismo
- [ ] Reducción Consumo de Alcohol

Condición de Salud - Otros

EXAMEN MÉDICO LABORAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CONDUCCION, SIN APARENTE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR, SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO, CONTINUAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, HACER EJERCICIO, NUTRICIÓN BALANCEADA, TOMAR LÍQUIDOS, PROTECCION SOLAR, VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, PSICOSENSOMETRICO Y LABORATORIOS NORMALES.

Evaluado por		Trabajador	
Firma	Paula Toro C. Esp. Salud y Seguridad del Trabajo	Firma	
Nombre	PAULA ANDREA TORO CHAMORRO	Nombre	GARCIA QUIROGA SANTIAGO
Registro	RES SO 090/2019	Documento	CC 1005368036

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1) Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos.
2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas.

Impreso el 29/01/2026 a las 11:56:59 a. m.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSTRUARTES INGENIERIA SAS identificado(a) con NI 901583980 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para GERMAN STIVEN BUSTAMANTE MONTALVO identificado(a) con CC 1004302208

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-01	20									X									$1,255,538	4%	$50,300
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-01	10										X								$627,527	0%	$0
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	20									X									$1,255,538	16%	$200,900
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	10										X								$627,527	16%	$100,500
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-12	20									X									$1,255,538		$0
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-12	10										X								$627,527		$0
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-12	20									X									$1,255,538		$0
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-12	10										X								$627,527		$0
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-12	20									X									$0	0%	$0
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-12	10										X								$0	0%	$0
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-12	20									X									$0	0%	$0
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-12	10										X								$0	0%	$0
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	20									X									$1,255,538	6.96%	$87,400
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	10										X								$627,527	0%	$0
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	CCF	CCF63	COMFAMILIAR PUTUMAYO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	20									X									$1,255,538	4%	$50,300
9497707460	2068396895	E	2026-01-08	CCF	CCF63	COMFAMILIAR PUTUMAYO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	10										X								$0	0%	$0

Este certificado se expide el día 2026-02-14 a las 12:03.

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4



INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

FECHA: 22 DE AGOSTO DE 2025

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	GERMAN STIVEN BUSTAMANTE MONSALVO		
Edad:	23 AÑOS	**Cedula de Ciudadanía:**	1.004.302.208
Dirección de la Vivienda.	BARRIO VILLA LAS JUNTAS – SAN FRANCISCO (P)	**Teléfono de Contacto:**	3009031574
Estado civil:	SOLTERO	**Nivel educativo**	BACHILLER

EPS:	NUEVA EPS	**ARL:**	SURA	**AFP:**	-

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	CONSTRUARTES INGENIERÍA SAS
Cargo:	Ayudante de obra

PESO:	**58 KG**			**TALLA:**	**1.64 Mt.**		**IMC:**	**21.6**
EXÁMENES	**RESULTADOS**			**EXÁMENES**	**RESULTADOS**			
Físico	Normal	X		**Visiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Valoración columna	Normal	X		**Audiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Vértigo	Normal		Ausente	**Optometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			

LABORATORIOS CLINICOS:

Optometría	X	Valores: Normal	Glicemia	X	Valores: Normal
Audiometría	X	Valores: Normal	Perfil lipídico	X	Valores: Normal

CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa para trabajo en alturas y espacios confinados con prueba psicológica de aptitud normal.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4

correspondientes.

RESTRICCIONES: Ninguna.

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada 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 medico 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada 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 afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI		NO	X

Dra. Carolina Garcés Benavides
MEDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
Lic. Cup. 606-2022

DRA. CAROLINA GARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-2022

GERMAN STIVEN BUSTAMANTE MONSALVO
CC:1.004.302.208

Medellín, 16 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUARTES INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - PUTUMAYO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C97480976	CEBALLOS TREJO ALEXANDER	18/02/2026		234UR170	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10949082302604758556

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/02/2026 16:15:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.196.105, 198.143.37.21, 172.16.42.57

FEPS-AIR-06, V-00

EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No.15233 libro IX. Octubre 24 de 2016
Nit. 901 021 565 - 8

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I.DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5.Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [X] B. cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DEIDENTIFICACIÓN(del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Ceballos	Segundo apellido: Trejo	Primer nombre: Alexander	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 97486976	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 22/03/1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Disca pacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F [X] M — Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	Colpensiones	1.750.905

18. Residencia			
Dirección: San Francisco	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3242594280	Correo electrónico: ceballosalexander8222@gmail.com.
Municipio/Distrito: San Francisco	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: Putumayo

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapa cidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/ o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ETIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Numero del documento de identificación	38. Tipo de a portante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Constructora Ingenieria SAS	NIT	901583980	

39. Ubicación					
Dirección: Cll 43 22-30 Ed Ricco	Teléfono:	Correo electrónico: afiliacionesconstructora1@gmail.com.	Municipio/Distrito: Calarca	Departamento: Quindio	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 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 .
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando .
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado : [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte de l trámite de protección al cedante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Ceballos	Trejo.	Alexander.	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
[ ]		Femenino [ ] Mascu lino [ ]	D D M M A A A A	18 02 2016

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. 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..
- [ ] 51. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje 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.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información adicional al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Alexander Ceballos Trejo.	Recibido:

CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S NIT. 900363989-2

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total:
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59 Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial al que declare la separación de cuerpos de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad del bebeficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del depantamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A
[ ]						

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALEXANDER CEBALLOS TREJO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **97480976,** se encuentra afiliado/a desde **26/07/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
Comfamiliar Putumayo	FECHA: 28 MAR 2025
AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo): Dependiente [X] · Servicio Domestico [ ] · Madre Comunitaria [ ] · Pensionado [ ] · Facultativo [ ] · Independiente [ ]

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S	CL 43 22 30 ED MOCA	901583980	240	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo	Orientación Sexual
CEBALLOS	TREJO	ALEXANDER	MASCULINO [X] · FEMENINO [ ] · INDETERMINADO [ ]	HETEROSEXUAL [X] · HOMOSEXUAL [ ] · BISEXUAL [ ] · INFORMACION NO DISPONIBLE [ ]

Tipo de Identificación: TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] PEP [ ] — Numero de Identificación: No. 97480976 — Fecha de Nacimiento: Día 22 Mes 03 Año 1982 — Municipio donde Labora: SAN FRANCISCO

Dirección: BAR SAN FRANCISCO — Teléfono/Celular: 3242594280 — Correo eletronico: ceballosalexander8222@gmail.com

Nivel de Escolaridad: Primaria [X] · Secundaria [ ] · Técnico [ ] · Tecnologico [ ] · Universitario [ ] · PostGrado [ ] · Ninguno [ ]

Ocupación: OFICIALES Y OPE — Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo): 1 2 3 4 5 6 [X] — Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estado Civil: Soltero (a) [X] · Casado (a) [ ] · Viudo (a) [ ] · Divorciado (a) [ ] · Separado (a) [ ] · Union Libre [ ]

Vivienda: Familiar [ ] · Arriendo [ ] · X · Propia [ ] · Hipoteca [ ]

Trabajador (a) del sector Agro: SI [X] · NO [ ]

Capacidad Laboral: Normal [X] · Discapacidad [ ] ¿Cual? _

Fecha de Ingreso a la Empresa: Día 18 Mes 02 Año 2026

Pertenece a algún Resguardo: SI __ NO X ¿Cuál? — Pertenece a algún pueblo indígena: SI __ NO X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)	Sexo (M / F)

Tipo de Identificación: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ] — No. _____ — Teléfono/Celular — Dirección — Correo Electrónico

Recibe Subsidio Familiar: Si [ ] No [ ] — Estado Civil: Casado(a) [ ] Unión Libre [ ] — Ocupación — Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo (M / F)

Tipo de Identificación: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ] — Numero de Identificación: No. _____ — Fecha de Nacimiento: Día Mes Año — Correo Electrónico

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia.

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	SEXO: MASCULINO	SEXO: FEMENINO	SEXO: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadania o Extranjeria, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia): RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO: HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Respaldo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI [ ] NO [ ]

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es veridica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, articulo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI [X] NO [ ]

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el articulo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leido la Politica de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com. Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequivoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Politica de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran: Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promocione la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.
Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico, habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: SI [X] NO [ ]

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad de juramento declaro que. Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas, a [illegible] declaración de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja (Únicamente para afiliación de cónyuge).

CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S
NIT. 901583980-2

Recibido:

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR — FIRMA DEL TRABAJADOR — FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4



INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA: 13 DE FEBRERO DE 2026

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	ALEXANDER CEBALLOS TREJO				
Edad:	45 AÑOS	**Cedula de Ciudadanía:**	97.480.976		
Dirección de la Vivienda.	V/ MINCHOY – SAN FRANCISCO (P)	**Teléfono de Contacto:**	3242594280		
Nivel educativo:	BASICA SECUNDARIA	**Estado civil:**	UNION LIBRE		
EPS:	EMSSANAR	**ARL:**	-	**AFP:**	-

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	CONSTRUARTES INGENIERIA SAS.
Cargo:	Motosierrista

PESO:	**80 KG**			**TALLA:**	**1.76 Mt.**		**IMC:**	**25.8**
EXÁMENES	**RESULTADOS**			**EXÁMENES**	**RESULTADOS**			
Físico	Normal			**Visiometría**	Normal	X		
	Anormal	X	PTERIGION BILATERAL		Anormal			
Valoración columna	Normal	X		**Audiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Vértigo	Normal		Ausente	**Optometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			

LABORATORIOS CLINICOS: No aplica

CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondientes, fomentar hábitos y estilos de vida saludable.

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4

RESTRICCIONES: Ninguna.

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular	X		

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada 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 afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI	X	NO	

Remisión: Valoración por Oftalmología.

Dra. Carolina Garcés Benavides
MÉDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
Lic. Cup. 606-2022

DRA. CAROLINA GARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-2022

Alexander Ceballos

ALEXANDER CEBALLOS TREJO
CC: 97.480.976

Medellín, 16 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUARTES INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - PUTUMAYO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1006816258	APUNTE TIMANA FIORELLA MARIA	18/02/2026		23022251	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10949082302604758530

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/02/2026 16:15:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.196.105, 198.143.37.21, 172.16.42.57

FEPS-AIR-06, V-00

EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No.15233 libro IX. Octubre 24 de 2016
Nit. 901 021 565 - 8

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I.DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5.Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DEIDENTIFICACIÓN(del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Aponte.	Segundo apellido: Timana.	Primer nombre: Fiorella	Segundo nombre: Maria
7. Tipo de documento de identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de nacimiento**
CC	1006816258	Femenino [X] Masculino [ ]	09 12 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Disca pacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M — Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Sura.	Proteccion	2.1600.000

18. Residencia				
Dirección: Vda - Sagrado corazon de J.	Teléfono fijo	3208097411 Teléfono celular	Correo electronico: fiorellaquinte04@gmail.com.	
Municipio/Distrito: Sibundoy.	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento: Putumayo.	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	**21. Número del documento de identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapa cidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/ o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ETIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Numero del documento de identificación	38. Tipo de a portante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Constructores Ingenieros SAS.		900583980	

39. Ubicación					
Dirección: cl 43 # 12-33 Ed Nova	Teléfono	Correo electrónico: afiliacionesconstructores@gmail.com.	Municipio/Distrito: Calarca	Departamento: Quindio.	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 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 .
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando .
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo / [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado : [ ] A. Mismo Régimen / [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte de l trámite de protección al cedante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Aponte	Timana.	Fiorella	Maria.

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	[ ]	10/2/2026

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. 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..
- [ ] 51. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje 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.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información adicional al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Fiorella Aponte Timana.	CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S Nit. 901[illegible] Recibido:

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] — Cantidad: [ ] Total: [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59 Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial al que declare la separación de cuerpos de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad del bebeficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del depantamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A
[ ]						

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **APUNTE TIMANA FIORELLA MARIA** identificado(a) con **CC** número **1.006.816.258** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de agosto de 2021 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 febrero de 2026.

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/**

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4



INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA: 13 DE FEBRERO DE 2026

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	FIORELLA MARIA APUNTE TIMANA				
Edad:	25 AÑOS	**Cedula de Ciudadanía:**	1.006.816.258		
Dirección de la Vivienda.	SIBUNDOY – PUTUMAYO	**Teléfono de Contacto:**	3205001711		
Nivel educativo:	TECNOLOGO	**Estado civil:**	UNION LIBRE		
EPS:	EMSSANAR	**ARL:**	-	**AFP:**	-

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	CONSTRUARTES INGENIERIA SAS.
Cargo:	Ingeniera ambiental

PESO:	**66 KG**			**TALLA:**	**1.63 Mt.**		**IMC:**	**24.8**
EXÁMENES	**RESULTADOS**			**EXÁMENES**	**RESULTADOS**			
Físico	Normal	X		**Visiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Valoración columna	Normal	X		**Audiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Vértigo	Normal		Ausente	**Optometría**	Normal			
	Anormal				Anormal	X	CORRECCIÓN CON LENTES.	

LABORATORIOS CLINICOS: No aplica

CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondientes, fomentar hábitos y estilos de vida saludable.

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4

RESTRICCIONES: Ninguna.

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada 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 afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI		NO	X

Dra. Carolina Garcés Benavides
MEDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
Lic. Cup. 606-2022

DRA. CAROLINA GARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-2022

FIORELLA MARIA APUNTE TIMANA
CC: 1.006.816.258

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo) — Dependiente [X] — Servicio Domestico [ ] — Madre Comunitaria [ ] — Pensionado [ ] — Facultativo [ ] — Independiente [ ]

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S	CL 43 22 30 ED MOCA	901583980	240	2600000

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
APUNTE	TIMANA	FIORELLA MARIA	MASCULINO [ ]	HETEROSEXUAL [X]
			FEMENINO [X]	HOMOSEXUAL [ ]
			INDETERMINADO [ ]	BISEXUAL [ ]
				INFORMACION NO DISPONIBLE [ ]

Tipo de Identificación:	Numero de Identificación:	Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año	Municipio donde Labora:
TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No. 1006816258	09 / 12 / 2000	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
BAR SAN FRANCISCO	3205001711	Primaria [ ] Secundaria [ ] Técnico [ ] Tecnologico [ ] Universitario [X] PostGrado [ ] Ninguno [ ]

Correo eletronico:	Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
fiorellaapunte04@gmail.com	INGENIEROS MEDI	1 2 3 4 5 6 X	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) [X] Viudo (a) [ ] Separado (a) [ ]	Familiar [ ] X Propia [ ]	SI [ ]	Normal [X]	Día 18 Mes 02 Año 2026
Casado (a) [ ] Divorciado (a) [ ] Union Libre [ ]	Arriendo [ ] Hipoteca [ ]	NO [X]	Discapacidad [ ] ¿Cual?	

Pertenece a algún Resguardo: SI __ NO X ¿Cuál? — Pertenece a algún pueblo indígena : SI __ NO X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Sexo M / F

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si [ ] No [ ]	Casado(a) [ ] Unión Libre [ ]		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo M / F

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No.		

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia. 1er. Apellido / 2do. Apellido / Nombres	SEXO: MASCULINO	FEMENINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: Día / Mes / Año	(Cedula de Ciudadania o Extranjeria, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia): RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO: HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Registro)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI [ ] NO [ ]

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, artículo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI [ ] NO [ ]

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la vejación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com . Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promociona la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.
Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: X SI [ ] NO [ ]

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo gravedad de juramento declaro que. Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas a tal efecto NO presentaron declaración de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja. "(Aplica únicamente para afiliación de padres) "

CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S NIT. 901583980

Recibido:

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR — Fiorella Apunte — FIRMA DEL TRABAJADOR — FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

Medellín, 16 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUARTES INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - PUTUMAYO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C97480562	ASCUNTAR MAYA LIBARDO	18/02/2026		25120936	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10949082302604758421

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/02/2026 16:13:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.196.105, 198.143.37.21, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/02/2026, el empleador CONTRUARTESINGENIERIA SAS identificado con NIT número 901583980 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9981227	16/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	97480562	LIBARDO ASCUNTAR MAYA	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-02-18

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Febrero del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

LIBARDO ASCUNTAR MAYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **97.480.562**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)

Dependiente [X] | Madre Comunitaria [ ] | Facultativo [ ]
Servicio Domestico [ ] | Pensionado [ ] | Independiente [ ]

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S	CL 43 22 30 ED MOCA	901583980	240	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
ASCUNTAR	MAYA	LIBARDO	MASCULINO [X]	HETEROSEXUAL [X]
			FEMENINO [ ]	HOMOSEXUAL [ ]
			INDETERMINADO [ ]	BISEXUAL [ ]
				INFORMACION NO DISPONIBLE [ ]

Tipo de Identificación:	Numero de Identificación:	Fecha de Nacimiento: Día	Mes	Año	Municipio donde Labora:
TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No. 97480562	01	06	1968	SAN FRANCISCO

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:
BAR SAN FRANCISCO	3003094650	Primaria [X] Secundaria [ ] Técnico [ ] Tecnologico [ ] Universitario [ ] PostGrado [ ] Ninguno [ ]

Correo eletronico:	Ocupación:	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
libardomaya100@gmail.com	OFICIALES Y OPE	1 2 3 4 5 6 [X]	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) [X] Viudo (a) [ ] Separado (a) [ ]	Familiar [ ] Propia [ ]	SI [ ]	Normal [X]	Día 18 Mes 02 Año 2026
Casado (a) [ ] Divorciado (a) [ ] Union Libre [ ]	Arriendo [ ] X Hipoteca [ ]	NO [X]	Discapacidad [ ] ¿Cuál?	

Pertenece a algún Resguardo: SI __ NO_X ¿Cuál?
Pertenece a algún pueblo indígena : SI __ NO_X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Sexo M / F

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si [ ] No [ ]	Casado(a) [ ] Unión Libre [ ]		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo M / F

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No.				

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia. 1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	SEXO MASCULINO	FEMENINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadania o Extranjeria, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia) RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Registro)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI [ ] NO [ ]

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es veridica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, articulo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI [ ] NO [ ]

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com. Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran: Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promociona la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.
Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: SI [X] NO [ ]

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad del juramento declaro que: Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas a la fecha NO son declarantes de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja (Aplica únicamente para [illegible])

CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S NIT 901583980-1

Recibido:

Libardo Ascuntar.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4



INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA: 10 DE FEBRERO DE 2026

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	LIBARDO ASCUNTAR MAYA				
Edad:	57 AÑOS	**Cedula de Ciudadanía:**	97.480.562		
Dirección de la Vivienda.	V/ MICHOY – SAN FRANCISCO PUTUMAYO	**Teléfono de Contacto:**	3003094650		
Nivel educativo:	PRIMARIA	**Estado civil:**	UNION LIBRE		
EPS:	EMSSANAR	**ARL:**	-	**AFP:**	-

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	CONSTRUARTES INGENIERIA SAS
Cargo:	Ayudante de obra

PESO:	**57.3 KG**			**TALLA:**	**1.75 Mt.**		**IMC:**	**17.3**
EXÁMENES	**RESULTADOS**			**EXÁMENES**	**RESULTADOS**			
Físico	Normal	X		**Visiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Valoración columna	Normal	X		**Audiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Vértigo	Normal		Ausente	**Optometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			

LABORATORIOS CLINICOS: No aplica

CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondientes, fomentar hábitos y estilos de vida saludable.

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4

RESTRICCIONES: Ninguna.

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada 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 afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI		NO	X

Dra. Carolina Garcés Benavides
MEDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
Lic. Cup. 606-2022

DRA. CAROLINA GARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-2022

Libardo Ascuntar

LIBARDO ASCUNTAR MAYA
CC: 97.480.562

Medellín, 16 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUARTES INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - PUTUMAYO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1122784123	CARLOSAMA RUIZ JUAN CAMILO	18/02/2026		h2289620	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10949082302604758398

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/02/2026 16:13:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.196.105, 198.143.37.21, 172.16.42.57

FEPS-AIR-06, V-00

EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No.15233 libro IX. Octubre 24 de 2016
Nit. 901 021 565 - 8

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I.DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DEIDENTIFICACIÓN(del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Carbonell (Primer apellido)	Ruiz (Segundo apellido)	Juan (Primer nombre)	Camilo (Segundo nombre)

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1122784123	Femenino [ ] Masculino [X]	17/10/1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M: Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	Porvenir	2.500.000

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Sibundoy.		3128434080	camiloruiz17@gmail.com.

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Sibundoy	Urbana [X] Rural [ ]		Putumayo.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/ o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ETIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Numero del documento de identificación	38. Tipo de a portante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Constructores Ingenieria sas	NIT	901583980	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
cll 43 # 12-33 Ed. Mara		afiliaciones@constructoresingenieriasas.com.	Calarca	Quindio

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 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 .
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando .
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [x] 14. Traslado : [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte de l trámite de protección al cedante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Carlosama	Roiz	Juan	Camilo

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		18/02/2026

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. 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..
- [ ] 51. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje 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.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información adicional al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S NIT. 901566980-2 Recibido:

Viii. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. E empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Juan Camilo Carlosama R.	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total: [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59 Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial al que declare la separación de cuerpos de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad del bebeficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del depantamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

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 CAMILO CARLOSAMA RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.784.123**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Febrero del 2026.

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.

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	Comfamiliar Putumayo	FECHA: 28 MAR 2025
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 14

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA
LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)

Dependiente [X] | Servicio Domestico [ ] | Madre Comunitaria [ ] | Pensionado [ ] | Facultativo [ ] | Independiente [ ]

DATOS DE LA EMPRESA

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C	H. Laboradas por Dia	Salario Mensual
CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S	CL 43 22 30 ED MOCA	901583980	240	1750905

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Sexo:	Orientación Sexual:
CARLOSAMA	RUIZ	JUAN CAMILO	MASCULINO [X]	HETEROSEXUAL [X]
			FEMENINO [ ]	HOMOSEXUAL [ ]
			INDETERMINADO [ ]	BISEXUAL [ ]
				INFORMACION NO DISPONIBLE [ ]

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)	Municipio donde Labora
TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No. 1122784123	17 / 10 / 1922	SAN FRANCISCO

Dirección	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad
BAR SAN FRANCISCO	3128434088	Primaria [ ] Secundaria [ ] Técnico [ ] Tecnologico [ ] Universitario [X] PostGrado [ ] Ninguno [ ]

Correo eletronico	Ocupación	Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)	Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)
camiloruiz1710@gmail.com	INSPECTORES DE	1 2 3 4 5 6 [X]	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estado Civil:	Vivienda:	Trabajador (a) del sector Agro:	Capacidad Laboral:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Soltero (a) [X] Viudo (a) [ ] Separado (a) [ ]	Familiar [ ] Propia [ ]	SI [ ]	Normal [X]	Día 18 Mes 02 Año 2026
Casado (a) [ ] Divorciado (a) [ ] Union Libre [ ]	Arriendo [ ] X Hipoteca [ ]	NO [X]	Discapacidad [ ] ¿Cual? _	

Pertenece a algún Resguardo: SI __ NO X ¿Cuál?

Pertenece a algún pueblo indígena: SI __ NO X ¿Cuál?

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)	Sexo	M / F

Tipo de Identificación	No.	Teléfono/Celular	Dirección	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]				

Recibe Subsidio Familiar	Estado Civil	Ocupación	Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge
Si [ ] No [ ]	Casado(a) [ ] Unión Libre [ ]		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo	M / F

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)	Correo Electrónico
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ]	No.		

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia. 1er. Apellido / 2do. Apellido / Nombres	SEXO: MASCULINO	FEMENINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: Día	Mes	Año	(Cedula de Ciudadanía o Extranjería, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia): RC	TI	CC	CE	PEP	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO: HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO (N° Respaldo)	CERTIFICADO

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA

(Por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI [ ] NO [ ]

NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFI. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es veridica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información reportada cambie, me comprometo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, de conformidad con lo contenido en la Ley 21 de 1982, artículo 37.

Si está de acuerdo señale con una X: SI [ ] NO [ ]

Señor usuario, tenga presente que, el suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envió de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado que COMFAMILIAR PUTUMAYO, es el responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través del diligenciamiento del presente formulario y que he leído la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el sitio web www.comfaputumayo.com. Por ello, **CONSIENTO Y AUTORIZO** de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados con sujeción a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas, entre las que se encuentran: Tramitar el proceso de afiliación ante Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información publicitaria sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promociona la Caja. El tratamiento consistirá, en recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal.

Acepto que me es informado que, como Titular de esta información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley previo cumplimiento de requisitos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, lo anterior por intermedio del correo electrónico, habeasdata@comfaputumayo.com.

Autoriza el Uso y Tratamiento de sus datos personales: X SI [ ] NO [ ]

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO: Bajo la gravedad del juramento declaro que, Mis beneficiarios padres mayores de 60 años, en el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole, en virtud que no desarrollaron actividades económicas a tal efecto no diligenciaron declaración de renta ante la DIAN. En caso de que, en un futuro, mi beneficiario deba declarar renta por concepto de ingresos me comprometo a informar de manera oportuna la novedad a la Caja. Teniendo únicamente para afiliación a INUEZA.

CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S NIT. 901583980-2

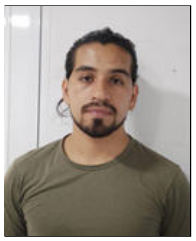
Recibido:

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

Vigilado Supersubsidio

SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTIÓN OCUPACIONAL S.A.S
"Protegemos tu recurso más valioso"
NIT: 900774181-0
Dir: CRA 15 # 14-60 B/ OBRERO II
Mocoa, Putumayo
Cel: 321 943 5891
Correo: infosigoips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 140

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	02 MES	2026 AÑO	MOCOA (PUTUMAYO, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S	CONSTRUARTES INGENIERIA S.A.S

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
CARLOSAMA RUIZ JUAN CAMILO	MASCULINO	33 AÑOS 3 MESES 27 DÍAS	CC (Tipo)	1122784123 (Número)

Cargo

INSPECTOR SST

EPS	AFP	ARL
EMSSANAR	NO REFIERE	POSITVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN : SEGUN RIESGOS DE LA EMPRESA	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO LABORAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, SIN APARENTE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR, SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

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: 1127071435 - PAULA ANDREA TORO

R. M.: 860232 **L.S.O.:** 090-2019

Código de Seguridad
T1820Z1F140

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARLOSAMA RUIZ JUAN CAMILO

CC: 1122784123