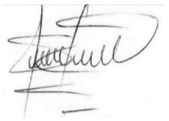
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILLIAM CAMILO BECERRA RIAÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098620847,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2018** 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 03 de marzo 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

CER_AFI_2026020965894

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

William Camilo Becerra Riaño identificado con CC. 1098620847 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	CONSORCIO OBRAS SRB-26	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 902015115

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/03/03	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC02032026N1098620847A11792872.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que William Camilo Becerra Riaño, identificado(a) con CC número 1098620847, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1098620847
NOMBRES Y APELLIDOS	William Camilo Becerra Riaño
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	19/06/1986
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	83 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	21 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	27/02/2025
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 800176885 CONSTRUCTORA VECA Desde 27/03/2025 - Vigente N.I.T. 811025231 PC MEJIA SA Desde 13/03/2025 Hasta 22/04/2025

Generado por interfaces 27/02/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Solicitud No. 00671644

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Tunja

FECHA: Día 3 | Mes 3 | Año 2,026

Uso Exclusivo de Comfaboy:
Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: CONSORCIO OBRAS SRB - 26

NIT. / C.C. / C.E.: 902015115

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO	No.
BECERRA	RIANO	WILLIAM CAMILO	C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ]	1098620847

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO (Día / Mes / Año)	TELÉFONO FIJO:
Calle 23 No. 8A - 05	Sogamoso	Boyacá	19 / 6 / 1,986	

ESTADO CIVIL: SOLTERO [X] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] — CELULAR: (312) 369-4649

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL [X] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] INFORMACIÓN NO DISPONIBLE [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [X]

CORREO ELECTRÓNICO: asistadmin@proyinsa.com — TIPO DE DISCAPACIDAD: Ninguna

CONTRATO: INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO	TIEMPO PARCIAL	FECHA INGRESO: DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
[x]	[ ]	[ ]	3	3	2,026	Tunja

INGRESO MENSUAL ($): 5,800,000 — HORAS LABORADAS MES: 240 — ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] — SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] P.P.T. [ ] No.

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] — SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: — SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] — CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1°)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)
															N	
						CC									N	
						CC									N	
						CC									N	

1°. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificacion Personal)

2°. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3°. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: — No. DE CUENTA — CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la **"Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co,** Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo **protecciondatos@comfaboy.com.co,** o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (I) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (II) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (III) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (IV) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (VI) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a la caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1,982 Artículo 6).

El procedimiento de prescripción de cuota monetaria lo podrá consultar en la página web www.Comfaboy.org

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones: — Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO SuperSubsidio

F-12-274 / Versión 13 / 10-04-2024

Original: Depto. Aportes y Subsidios Copia: Empleador

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Anexe copias legibles y/o originales de los Documentos requeridos y entréguelos directamente o a través de su Empleador para que este los haga llegar a la oficina de Aportes y Subsidios de COMFABOY, solicite el recibido del formulario.
- No se aceptan documentos con enmendaduras y sin las respectivas firmas y sellos.
- Toda documentación completa que sea presentada antes del día 10, tiene derecho a percibir subsidio por el mes inmediatamente anterior.
- El Patrono debe averiguar precisamente sobre la veracidad de los datos registrados en el formulario; así mismo sobre que los hijos están vivos y dependen económicamente del trabajador.
- La ley establece que no hay derecho al subsidio en fracciones, pero será reconocido al trabajador permanente que haya prestado sus servicios al patrono durante 96 horas al mes y su remuneración sea proporcional a estas y al trabajador que labore el tiempo completo cuya remuneración mensual no sea inferior a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

REQUISITOS GENERALES

NOTA: PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA ES INDISPENSABLE EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO " MODALIDAD DE PAGO" Y ANEXARLO A ESTE FORMULARIO

CUANDO EL TRABAJADOR ES CÓNYUGE DEL EMPLEADOR

- Fotocopia del Contrato Laboral debidamente Firmado y demás documentos según sea el caso.

TRABAJADOR SOLTERO:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.

CON CÓNYUGE SIN HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador, a blanco y negro.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (a) cónyuge o compañero (a), a blanco y negro.
- Constancia Laboral del Cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre, Declaración Conjunta de Convivencia. Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del cónyuge, a blanco y negro.
- Constancia Laboral del cónyuge, cuando esté afiliado a otra caja de compensación o laborando.
- Partida de Matrimonio. Si es unión libre Declaración Conjunta de Convivencia, Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual lo podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento de los Hijastros, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años , a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses. En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Para hijastros con discapacidad: Certificado médico donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad.
- Copia de la cédula de ciudadanía, a blanco y negro, de la madre o el padre biológico o número del documento de identidad legible inscrito en el registro civil.
- Dependencia económica de los hijastros: Utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- En caso de custodia compartida, certificación laboral de la madre o padre biológicos, según sea el caso, sobre ingresos y certificación si recibe o no subsidio por el mismo hijastro.

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor, a blanco y negro.
- Registro Civil de los Hijos, demostrando parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar. Además la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Documento de la custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia. Juzgado de Familia).
- Demostrar la separación anexando escritura pública o sentencia judicial de liquidación conyugal. Las uniones maritales cuya duración sea menor de dos años debe presentar la declaración conjunta de los compañeros permanentes, utilizando el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Para hijos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Documento de identificación del padre o madre, a blanco y negro.
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padres: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación.
- Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo. Padre o Madre deben ser mayores de 60 años, si es menor debe tener capacidad física disminuida y debe probarse mediante Certificado del médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.
- Los padres no podrán estar afiliados a otra caja de compensación familiar a nivel Nacional. Ley 789 de 2002, Art. 3, parágrafo 1, numeral 3. Sopena de sanciones.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES:

- Formulario de Afiliación de Trabajadores diligenciado en su totalidad.
- Documento de identificación del trabajador, a blanco y negro.
- Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, el cual podrá descargar en la página web de Comfaboy (link formularios).
- Registro Civil de nacimiento del trabajador con parentesco y con No. Cédula de Ciudadanía de los Padres, legible y sin autenticar.
- Registro Civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad, legible. Además, la Tarjeta de identidad para mayores de 7 años, a blanco y negro y Cédula de Ciudadanía para mayores de 18 años, a blanco y negro.
- Registro Civil de defunción de los padres.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años). En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado. Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada seis meses.
- Para hermanos con discapacidad: Certificado médico de la EPS donde conste el tipo de discapacidad.

Para tener derecho al subsidio extraordinario por Muerte del Trabajador o de las personas afiliadas, el trabajador o su cónyuge debe presentar el registro civil de Defunción de la persona fallecida dentro de los 3 años siguientes al fallecimiento, en caso contrario perderá este derecho.

SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL COLOMBIA SAS

NIT: 900343878

CONTACTOS
7400633 - 3153579172
sisocolombiasas@gmail.com
Transversal 9 C # 29 A - 42 Maldonado
Tunja (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: WILLIAM CAMILO BECERRA RIAÑO			**GÉNERO:** Masculino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1098620847	**FECHA NACIMIENTO:** 19/06/1986	**EDAD:** 39 año(s) 8 mes(es) 9 día(s)

EMPRESA CONTRATANTE: CONSORCIO OBRAS SRB -26		**TIPO EXAMEN:** Ingreso + Trabajo Alturas
CARGO DESEMPEÑAR: RESIDENTE ELECTRICISTA	**JORNADA TRABAJO:** Diurno	**FECHA:** 26/02/2026

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES							Ninguna
	1.1. Remisión a EPS	X	1.3. Completar esquema vacunación		1.5. Suspender tabaquismo		1.7. Control de peso y nutrición
	1.2. Continuar manejo médico	X	1.4. Inicio o continuar actividad física		1.6. Reducir consumo de alcohol		1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							Ninguna
	2.1. Calificación de origen		2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X	2.7. Pausas activas	X	2.9. Uso diario de bloqueador solar
	2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	X	2.5. Uso de elementos de protección personal	X	2.8. Uso de corrección visual		2.10. Otros
	2.3. Seguimiento por ARL	X	2.6. Pautas ergonómicas				

3. RESTRICCIONES						X	No Aplica
	3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts		3.4. Trabajos en temperaturas bajas		3.7. Trabajo en espacios confinados		3.10. Cargas
	3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts		3.5. Trabajo en temperaturas altas		3.8. Para conducción de vehiculos		3.11. Viajes
	3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos		3.6. Trabajos con riesgo eléctrico		3.9. Manipulación de alimentos		3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO							
Tipo Examen: _X_ Ingreso ___Periódico ___Retiro ___Post Incapacidad ___Cambio Cargo ___Trabajos Especiales							
X	Concepto Sin Restricciones para el cargo		Sin Restricciones para trabajo eléctrico		Requiere evaluar reubicación laboral		Sin restricción para continuar su labor actual
	Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)		Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas		Requiere nueva valoración		Sin diagnóstico de enfermedad laboral
	Aplazado		Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados		Satisfactorio		Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
	Sin Restricciones para manipulación de alimentos		Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria		Enfermedades de origen común		Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
X	Sin Restricciones para trabajo en alturas						

5. EXÁMENES REALIZADOS									
	Examen Físico		Rx Tórax	X	Perfil Lipídico		TSH		Frotis Faríngeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular		Rx Columna Lumbo Sacra		Perfil Hepático		Serología		KOH Uñas
X	Audiometría		Cuadro Hemático		Perfil Renal		Ácido Úrico		Coprológico
X	Optometría	X	Glicemia		Frotis Sangre Periférica		Tamizaje Drogas		Baciloscopia
X	Espirometría		Electrocardiograma		Hemoclasificación		Alcohol		Psicología
	Visiometría		Parcial de Orina		Coordinación motriz		Colinesterasa		Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

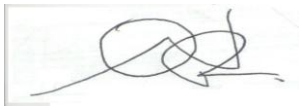
REQUIERE VALORACION POR OPTOMETRA DE LA EPS Y USO DE LENTES SEGUN FORMULA.

SS VALORACION Y TRATAMIENTO DE LIPIDOS POR MEDICO Y NUTRICIONISTA EPS

DIETA Y EJERCICIO DIRIGIDOS

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:



HUGO ALEJANDRO AVILA RAMIREZ
Medicina especializada, Medicina del trabajo
Registro Profesional: 7171431
Licencia Salud Ocupacional: 1546/2019

PACIENTE:



WILLIAM CAMILO BECERRA RIAÑO



Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 29 de abril de 2026, a las 07:45:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1098620847
Código de Verificación	1098620847260429074554

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:47:55 AM horas del 29/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1098620847**
Apellidos y Nombres: **BECERRA RIAÑO WILLIAM CAMILO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciud

Número Identificación: 1098620847

¿ Cuanto es 4 + 3 ? 6

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) WILLIAM CAMILO BECERRA RIAÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1098620847.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: miércoles, abril 29, 2026 - Hora de consulta: 07:45:45

OTRAS ENTIDADES

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

AUDITORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA - COLOMBIA

FISCALIA GENERAL DE LA NACION

Colombia Compra Eficiente

GOBIERNO DIGITAL

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.620.847**

BECERRA RIAÑO
APELLIDOS

WILLIAM CAMILO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-1986**
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-SEP-2004 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2700100-59134431-M-1098620847-20050221 **02753** 05052N 02 178013161