HOJA DE VIDA



1. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre Completo	Rafael Berrio Manzanedo
Tipo de Documento	Permiso de trabajo
Número del Documento de Identidad	8288917
Lugar de Expedición	Regional Eje Cafetero
Cargo a desempeñar	Ayudante de construcción

2. PERFIL DEL EMPLEADO

ITEM	TITULO O CERTIFICACIÓN	FECHA	ENTIDAD
1	N.A.	-	-

3. SEGURIDAD SOCIAL

EPS Sanitas
AFP Colpensiones
ARL Sura **NIVEL DE RIESGO** V
CCF Comfenalco Quindío

CONTACTO DE EMERGENCIA

EMPRESA: Arving Colombia S.A.S
Nombre: Jhon Willians Sánchez Flórez
Cargo: Lider SST
Celular: 3148129489

Este documento hace parte del Programa de Gestión Integral de Obra (PGIO) del CONTRATO DE OBRA PARA LA INSTALACIÓN Y ADECUACIÓN INTEGRAL DEL AMBIENTE DE SOLDADURA – SENA ARMENIA
Cualquier reproducción parcial o total deberá conservar su integridad y trazabilidad documental.

REPÚBLICA DE CUBA

CARNÉ DE IDENTIDAD



NI: 77081900606

NOMBRE / FIRST NAME

RAFAEL

APELLIDOS / LAST NAME

BERRIO MANZANEDO

HIJO (A) DE FELIPE

HIJO (A) DE MARÍA ESTHER

SEXO M FECHA DE VENCIMIENTO 08/09/2033

RÉGISTRO CIVIL

CAMAGÜEY

TOMO 169 FOLIO 542 AÑO 1977

8:39 78

20267051204771
Lector de PDF

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

20/08/2026 15:34	Número Único de Historia de Extranjero (NUHE) No. 8288917	Página 1 de 1

Lugar de Expedición :	REGIONAL EJE CAFETERO
Fecha de Expedición :	20/08/2026
Nombres Completo :	RAFAEL BERRIO MANZANEDO
Nacional de :	CUBA
Fecha de nacimiento:	19/08/1977
PASAPORTE	M655860
Salvoconducto valido desde:	20/08/2026
Salvoconducto valido hasta:	15/02/2027
Consecutivo de impresión:	1569591
Tipo de Salvoconducto:	Para permanecer en el país (SC2)
Motivo de Expedición:	PARA RESOLVER SITUACIÓN DE REFUGIO
Nota:	Autorizado por CONARE mediante correo de fecha 27 de julio de 2026.



Decreto 1067 de 2015, Artículo 2.2.1.11.4.9



INDICE DERECHO (FINGERPRINT)

De conformidad con el Decreto 0089 de 2025 Articulo 2.2.3.1.1.6 el titular del presente salvoconducto otorgado por solicitud de refugio, podrá ejercer actividad u ocupación en el país con el cumplimiento de los requisitos establecidos en la legislación laboral, tributaria, migratoria y demás normas concordantes colombianas por el término de su vigencia.

R Berrio

FIRMA EXTRANJERO (SIGN)

COORDINADOR GRUPO

Copyright © 2025 EXTRANJERIA - COLOMBIA. Todos los derechos reservados.

RADICADO 20267051204771

MEF.11(v.4)
F.A. 01/03/2025

Añadir a nota

Medellín, 15 de September 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 ARVING COLOMBIA 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:	0000007490 MANTENIMIENTO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
E8288917	BERRIO MANZANEDO RAFAEL	16/09/2026		45239174	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 15/09/2026 15:43:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.151.236.0, 198.143.52.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
(A) Afiliación B. Reporte de Novedades	(A) Individual - Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	(A) Contributivo B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Berrio	Segundo Apellido: Montañedo	Primer Nombre: Rafael	Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
C.E.	7708190066	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	Cubana

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País: Cuba/Camagüey	Departamento: Provincia	Municipio: Camagüey		19 08 1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si (No) Categoría de discapacidad	Si (No)	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura	Colpensiones	1.750.905	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Barrio Virginia M7 17 Csa 13 Armenia	N/A

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3011203845	rafaelberrio83@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Quindío	Armenia		Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

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)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

Powered by CamScanner

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Aiving Colombia SAS	Nit	900.421.303 - 8	

59. Ubicación Dirección: fiduciario local E306 Morado — Teléfono fijo o Celular:

Correo Electrónico: aiving.perez@gmail.com — Departamento: Risaralda — Municipio / Distrito: Pereira

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 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. 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 trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Berrio	Manzanedo	Rafael	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
C.E	770819006 06	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	19 08 19 77

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	16 09 2026	Código	Comfenalco Quindio.

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por 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 Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Rafael Berrio	Adrian F. Rendon M.

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

EL REPORTE DE NOVEDADES

Powered by CamScanner

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado Rafael Berrio Hernandez

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI	NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	SI	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI	NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI	NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	SI	NO

Rafael Berrio
Firma del Afiliado
Documento de Identidad C.E. 7708190060 6

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad:_____
Edad:_____
Dirección de domicilio:_____

Nombre de la persona que no sabe firmar

Powered by CamScanner

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Rafael Berrio Montanedo, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.epssanitas.com. Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Rafael Berrio

Nombre: Rafael Berrio Montanedo

Identificación: CE. 770819006606

Fecha: 16/09/2026

Powered by CamScanner

Angie Marcela Solarte V.
IDENTIFICACIÓN: CC - 1089481127-4
DIRECCIÓN: DIRECCIÓN: CLL 2N CRA 14 8-10 BARRIO NUEVA CECILIA, ARMENIA, QUINDÍO
TELÉFONO: 3001336686
EMAIL: ANGIESOLARTEMEDICALABORAL@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN **EXAMEN OSTEOMUSCULAR**

FECHA DE IMPRESION: 2026/09/14 10:03:33 VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	RAFAEL BERRIO MANZANEDO	**FECHA DE NACIMIENTO:**	1977-08-19
IDENTIFICACIÓN:	CE - 77081900606	**EDAD:**	49 AÑOS
SEXO:	MASCULINO		
FONDO DE PENSIONES:	NO TIENE AFILIACION		
EPS:	NO TIENE AFILIACION	**ARL:**	NO TIENE AFILIACION



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	ARVING COLOMBIA S.A.S.	**IDENTIFICACIÓN:**	NIT - 900421303
EMPRESA A LABORAR:	ARVING COLOMBIA S.A.S.		
ACTIVIDAD ECONOMICA:	MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN ESPECIALIZADO DE MAQUINARIA Y EQUIPO		

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	2026091402195	**TIPO DE EVALUACION:**	PREINGRESO
CARGO:	PERSONAL OPERATIVO	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-09-14 09:26:48.000
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	QUINDÍO / ARMENIA		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS MEDICOS PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: VISIOMETRIA ANUAL.
HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 3 A 4 VECES POR SEMANA.
BAJAR DE PESO

ENFASIS - EXAMEN OSTEOMUSCULAR: NORMAL

RECOMENDACIONES: NINGUNO

RECOMENDACIONES

» GENERALES

☑ EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL ☑ PAUSAS ACTIVAS ☑ USO DE E.P.I. ☑ HIGIENE POSTURAL

» OCUPACIONALES PREVENTIVAS

- **OSTEOMUSCULAR:** ACONDICIONAMIENTO FISICO SEGUN REQUERIMIENTOS DEL CARGO. ADECUACION ERGONOMICA DE PUESTOS DE TRABAJO SEGUN DISPOSICION DE LA EMPRESA. CAPACITACION PARA MANEJO DE CARGAS SEGUN CRITERIO DEL CARGO.
- **TRABAJO EN ALTURAS:** CAPACITACION Y CERTIFICACION EN ALTURAS.

» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: OBSERVACIÓN: NINGUNA
NINGUNA

» MEDICO LABORALES

SVE OSTEOMUSCULAR NO CASO.

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de Angie Marcela Solarte V.. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Angie M. Solarte
MEDICA ESP SST
LPSST 1646-21

ANGIE MARCELA SOLARTE VELASCO
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 1089481127
LICENCIA SST: 1646-21

RAFAEL BERRIO MANZANEDO
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CE. - 77081900606

Todos los derechos reservados - https://site.isismaweb.com/

CARLOS HUMBERTO MANZUR GIRALDO

ARQUITECTO U.P.C. S.C.A.

CERTIFICADO DE OBRA

El arquitecto **CARLOS HUMBERTO MANZUR GIRALDO**, con cedula de ciudadanía 79.155.409 de Bogotá y con matrícula profesional 25700-26784 de Cundinamarca, que lo acredita como Arquitecto,

Me permito dar certificado de obra de que el señor RAFAEL BERRIO MANZANEDO, con permiso de trabajo # 8288917, labora como oficial de construcción en obra blanca y acabados desde el pasado 20 de octubre de 2025.

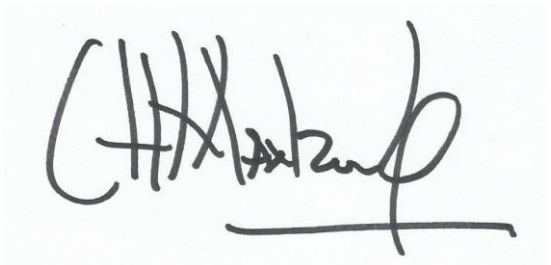
Se ha desempeñado en las obras varias:

- Fundación Liceo Ingles-Pereira R.
- Bodegas la Macarena-Dosquebadras R.

CERTIFICACIÓN

Por la presente certifico que la obra anteriormente descrita ha sido ejecutada conforme a los planos, especificaciones y normativas vigentes, cumpliendo con todas las condiciones técnicas y de calidad exigidas.

En Pereira, a los 15 dias del mes de agosto de 2026.



CARLOS HUMBERTO MANZUR GIRALDO
ARQUITECTO
CEL 3014239145
chmanzurg@gmail.com

CARLOS HUMBERTO MANZUR GIRALDO

ARQUITECTO U.P.C. S.C.A.



CONSEJO PROFESIONAL
NACIONAL DE ARQUITECTURA
Y SUS PROFESIONES AUXILIARES

E886683

CERTIFICA

Que el Arquitecto CARLOS HUMBERTO MANZUR GIRALDO con cédula de ciudadanía No. 79155409 de Usaquen, registra Matrícula Profesional de Arquitectura No. 25700-26784, expedida en cumplimiento de la Resolución No. 181 del 26 de Noviembre de 1987 por el Consejo Profesional Nacional de Ingeniería y Arquitectura., la cual se encuentra **VIGENTE**.

El profesional no registra ANTECEDENTES ni SANCIONES VIGENTES en el ejercicio de su profesión por parte del Consejo Profesional Nacional de Arquitectura y sus Profesiones Auxiliares.

La anterior información corresponde en su integridad con los datos del Registro de Arquitectos y Profesionales Auxiliares de la Arquitectura.

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses a partir de la fecha de su expedición.

Dado en Bogotá, D.C., a los 21 dias del mes de Agosto de 2026 .

ALFREDO MANUEL REYES ROJAS
Director Ejecutivo

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria, según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf. La falta de firma del titular no invalida el certificado.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese a la página web
[https://cpnaa.gov.co/verificacion-de-autenticidad-del-certificado-de-vigencia-profesional-digital]
y digite el siguiente código de verificación 4PwgP19

Carrera 6 No. 26B-85 Oficina 201, Bogotá, D.C. – Colombia
PBX 601-3502700 Ext. 1101-1124
info@cpnaa.gov.co
www.cpnaa.gov.co