

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud
Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

REGIMENES		DATOS	
TIPO DE IDENTIFICACION		CC	
NUMERO DE IDENTIFICACION		1047390751	
NOMBRES		HERMES MANUEL	
APELLIDOS		DIAZ CEQUEA	
FECHA DE NACIMIENTO		24/06/1978	
DEPARTAMENTO		BOLIVAR	
MUNICIPIO		CARTAGENA	

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE INICIACION EFFECTIVA	FECHA DE TERMINACION DE AFILIACION	PROBANDO
RETIRADO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2020	25/08/2020	COTIZANTE

97

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.040.499.873

VERGARA CAMARGO

APELLIDOS

JAIDER DE JESUS

NOMBRES

JAIDER DE JESUS CAMARGO VERGARA

FIRMA



PT Manuela Giraldo S.

05 marzo 2021

18:23



IMPRESION

FECHA DE NACIMIENTO
EL BAGRE
(ANTIOQUIA)

29-SEP-1987

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

O+

M

ESTATURA

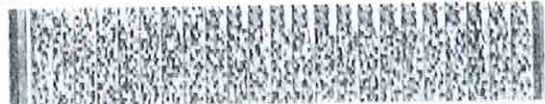
GR. RH

SEXO

05-SEP-2007 EL BAGRE

FECHA Y LUGAR DE EMISION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES



A-0111730-00758064-M-1040489873-20131028

0047215018A 1

2013025817



José García Niblas

Médico Controlador en Salud Ocupacional
Bachiller en Medicina (1985) y PHS

Cel: 323 420 0858 - Tel: 330 2896

* C.C. 10416077

Exámenes - Atención

Quilombos - Barranquilla



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE: **CONSUMERO OBRA CAUCASIA 199** EMPRESA EN NÚMERO: **1**

PLANTILLA: **8** PERSONAS: **8** GÉNERO: **MANIPULACIÓN ALIMENTOS** FECHA DE EXAMEN: **15/03/2021**

REQUISITO: **UNIDAD DE HIGIENE VERDEAS LABORES** C.C. 10416077

CARGO: **COCHERO** CIUDAD: **CAUCAIA**

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

1. EXAMEN FÍSICO ☒ 2. VISIOMÉTRICA ☒ 3. LABORATORIOS ☒
4. AUDIOMÉTRICA ☒ 5. PRUEBA PSICOMÉTRICA ☒ 6. ALIMENTACIÓN: **Regimen / Vegetariano / Sin / Sin / Sin**
7. EQUILIBRIO: **Equilibrado / Desbalanceado**
8. OTRAS: **OTRAS**

CONCEPTO EXAMEN DE ALTURA

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: ☒ NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS: ☐

APTO CON RECOMENDACIONES PARA TRABAJAR EN ALTURAS: ☐ POR MOTIVO DE: ☐

APLAZADO: ☐ MOTIVO: ☐ NO APTO: ☐

EXAMEN DE INSERCIÓN

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO: ☒ SIN PATOLOGÍA APARENTE: ☒

APTO CON RESTRICCIÓN: ☐ POR MOTIVO DE: ☐

APLAZADO: ☐ POR MOTIVO DE: ☐

NO RECOMENDADO PARA EL CARGO: ☐ POR MOTIVO DE: ☐

EXAMEN PERIÓDICO

PUDE CONTINUAR LABOREANDO: ☒

RECOMENDACIONES: **TEMPORAL** POR MOTIVO DE: ☐

RECOMENDACIONES: **PERMANENTE** POR MOTIVO DE: ☐

EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGÍA APARENTE: ☐ RETIRO CON PATOLOGÍA PARA SUGERIR EN EPS: ☐

EXAMEN ESPECIAL

RECOMENDACIONES AL PUESTO DE TRABAJO: ☐

RECOMENDACIONES: **TEMPORAL** POR MOTIVO DE: ☐

RECOMENDACIONES: **PERMANENTE** POR MOTIVO DE: ☐

EXAMEN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

APTO: ☒ NO APTO: ☐ APTO CON RECOMENDACIONES: ☐ APLAZADO: ☐

CONDUCTA

MANEJO POR EPS / ARL: ☐

Control Físico: **PP por EPS** ☐

Revisión: **a OPS por** ☐

Control: **planes periódicos** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

Revisión: **a ARL para manejo del caso** ☐

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación

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

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

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

6. Apellidos y nombres VERGARA CAMARGO JAIDER DE JESUS	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1040499873	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 29/09/1987
---	---	--	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA	16. Administradora de Pensiones PORVENIR	17. Ingreso base de cotización - IBC \$ 908.506	
18. Residencia CALLE 10 CRA 10 8116028		obrascaucasia@gmail.com	
CAUCASIA Municipio/Distrito	Zona Urbana ☒ Rural ☐	PUEBLO NUEVO Localidad/Lomina	ANTIOQUIA Departamento

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	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

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

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

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C	B	B	B

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

35. Nombre o razón social CONSORCIO OBRAS CAUCASIA	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 901397763-3	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación DIR CRA 52 A 123 B 10 703.8345	obrascaucasia@gmail.com	BOGOTA	C/MARCA

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 <input type="text"/>
☐ 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. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas.
☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ B. Diferente Régimen
☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.
☐ 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	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	Sexo	Femenino ☐	Masculino ☐	Fecha de nacimiento	4.2 Fecha	
						DDMMAAAA 10/03/2021	
43. EPS anterior				44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones	
				Código <input type="text"/>			

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 intromisión 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 genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente 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 del Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información 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
--	---

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 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.
- ☐ 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 pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 de beneficiario 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 <input type="text"/>	Número de ficha <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código del departamento <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>		
	Nivel <input type="text"/>		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario	
Número del documento de identidad <input type="text"/>			

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.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NTT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JAIDER DE JESUS VERGARA CAMARGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.040.499.873**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Marzo del 2021.

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.

Fecha del reporte: 08 / 03 / 2021
Nombre y apellido: JAIDER DE JESUS VERGARA CAMARGO
Tipo de document: CEDULA **Numero:** 1040499873
Fecha de naciemnt: 29 / 09 / 1987 **Edad:** _____ **Sexo:** F | M
Teléfono de contacto: 3134088809 **Teléfono de contacto (2):** 3106064573
Dirección domicili: CALLE 10 CRA 10 BARRIO PUEBLO NUEVO
Area: URBANA **Cargo:** AUDANTE

Antecedentes de riesgo y exposición

		SI	NO	Comentarios
1	¿Ha presentado fiebre, mayor o igual a 38°C?		X	
2	¿Ha presentado tos con cuadro de infección respiratoria, dificultad para respirar, dolor de garganta?		X	
3	¿Ha tenido o tuvo contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por Coronavirus (Covid-19)?		X	Datos de la persona sospechosa o caso confirmado (Nombre, Teléfono)
4	¿Estuvo hospitalizado y/o incapacitado por infección respiratoria recientemente?		X	
5	¿Estuvo fuera de la ciudad previo a retornar a las actividades? ¿Donde?		X	
6	¿Padece alguna enfermedad, ejemplo: ¿Asma, Diabetes, Hipertensión, Cáncer, Enfermedades del sistema inmune? ¿Cual?		X	
7	¿Se identifica como persona de alto riesgo para retomar su trabajo? ¿Por qué?		X	Ejemplo: Tiene más de 60 años

Entiende y acepta que debe acudir al servicio médico y reportar a la empresa si presenta síntomas respiratorios luego de su ingreso a trabajar.

SI

Observaciones:

NINGUNA SINTOMATOLOGIA

DOY CONSTANCIA QUE HE SIDO INFORMADO DE LOS SINTOMAS, SIGNOS DE ALARMA, ASI COMO LAS MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA COMPAÑIA.

Por la presente, doy mi consentimiento para la recopilación y el procesamiento de mis datos personales como se describe en este documento.

Entendiendo que mi consentimiento es voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento de protección de datos en cualquier momento. En caso de retirar su consentimiento, Grecon Ingenieros SAS solo pude procesar sus datos personales cuando exista fundamento legal para el procesamiento

Firma colaborador
Caucasia 109

Firma Vigía SG-SST Consorcio Obras

Medellín, 10 de Marzo de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96%
C104049987 3	VERGARA CAMARGO JAIDER DE JESUS	10/03/2021		40213229	DEPENDIENTE

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: C10404998732106948812

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 10/03/2021 13:33:32 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.102.198.124, 198.143.41.21, 172.16.42.57



Medellín, 10 de Marzo de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96%
C104543923 0	MORA RODRIGUEZ LUIS CARLOS	10/03/2021		6335nsA1	DEPENDIENTE

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: C10454392302106949338

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 10/03/2021 13:42:18.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.102.198.124, 198.143.41.21, 172.16.42.57

Fecha del reporte:

08	03	2021
----	----	------

Nombre y apellido: LUIS CARLOS MORA RODRIGUEZ
Tipo de document: CEDULA **Numero:** 1045439230
Fecha de nacimient: 02 / 05 / 1999 **Edad:** _____ **Sexo**

F	M
---	---

Teléfono de contacto: 3205687476 **Teléfono de contacto (2):** _____
Dirección domicili: CRA 21C BARRIO PEDRO VALDIVIA
Area: URBANA **Cargo** AUDANTE

Antecedentes de riesgo y exposición

		SI	NO	Comentarios
1	¿Ha presentado fiebre, mayor o igual a 38°C?		X	
2	¿Ha presentado tos con cuadro de infección respiratoria, dificultad para respirar, dolor de garganta?		X	
3	¿Ha tenido o tuvo contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por Coronavirus (Covid-19)?		X	Datos de la persona sospechosa o caso confirmado (Nombre, Teléfono)
4	¿Estuvo hospitalizado y/o incapacitado por infección respiratoria recientemente?		X	
5	¿Estuvo fuera de la ciudad previo a retornar a las actividades? ¿Donde?		X	
6	¿Padece alguna enfermedad, ejemplo: ¿Asma, Diabetes, Hipertensión, Cáncer, Enfermedades del sistema inmune? ¿Cual?		X	
7	¿Se identifica como persona de alto riesgo para retomar su trabajo? ¿Por qué?		X	Ejemplo: Tiene más de 60 años

Entiende y acepta que debe acudir al servicio médico y reportar a la empresa si presenta síntomas respiratorios luego de su ingreso a trabajar.

SI

Observaciones:

NINGUNA SINTOMATOLOGIA

DOY CONSTANCIA QUE HE SIDO INFORMADO DE LOS SINTOMAS, SIGNOS DE ALARMA, ASI COMO LAS MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA COMPAÑIA.

Por la presente, doy mi consentimiento para la recopilación y el procesamiento de mis datos personales como se describe en este documento.

Entendiendo que mi consentimiento es voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento de protección de datos en cualquier momento. En caso de retirar su consentimiento, Grecon Ingenieros SAS solo pude procesar sus datos personales cuando exista fundamento legal para el procesamiento

Firma colaborador
Caucasia 109

Firma Vigía SG-SST Consorcio Obras

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

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

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido: MORA Segundo apellido: RODRIGUEZ Primer Nombre: LUIS Segundo Nombre: CARLOS	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1045439230	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 02 / 05 / 1999
---	---	--	--	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA		16. Administradora de Pensiones PROTECCION	17. Ingreso base de cotización - IBC \$ 908.506	
18. Residencia CRA 21C Dirección: CAUCASIA Municipio/Distrito		8116028 Teléfono Fijo 3205687476 @gmail.com Teléfono celular correo electrónico Zona Urbana ☒ Rural ☐ PEDRO VALDIVIA Localidad/Comuna ANTIOQUIA Departamento		

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 Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad 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				

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C	B	B	B	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

35. Nombre o razón social CONSORCIO OBRAS CAUCASIA	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 901397763-3	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación DIR CRA 52 A 123 B 10 703.8345	40. Teléfono obrascaucasias@gmail.com	41. Municipio/Distrito BOGOTA	42. Departamento C/MARCA

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. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

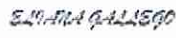
41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento <input type="text"/>		4.2 Fecha <input type="text"/>		
43. EPS anterior <input type="text"/>			44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones <input type="text"/>		

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 intromisión 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 genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente 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 del Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información 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
--	---

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 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.
- ☐ 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 pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha de radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <input type="text"/>
--	--	--	--	--	--

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>		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 capítulo VII del formulario.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.033.748.401**

BURGOS FLOREZ

APELLIDOS

JHON FREDDY

NOMBRES



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-SEP-1992**

SAN VICENTE DEL CAGUAN
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

04-OCT-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-6200100-00973494 M-1033748401-20180129

0059321872A 1

9903089265

ESTADO CIVIL

Medellín, 15 de Marzo de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96%
C103374840 1	BURGOS FLOREZ JHON FREDDY	16/03/2021		35246632	DEPENDIENTE

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: C10337484012107453869

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 15/03/2021 14:57:49 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.102.198.249, 198.143.41.14, 172.16.42.57



Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

000148264

40

NÚMERO

0000260958

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CONSORCIO OBRAS CAUCASIA109
FECHA 13/03/2021 07:43:35
PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐
NOMBRE Y APELLIDO: JHON FREDDY BURGOS FLOREZ C.C 1033748401
EDAD 28 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☒	Exámenes de laboratorio	SI ☒	NO ☐
Visiometría	☒	Glic ☒	Col ☒	Trigl ☒
Optometría	☐	¿Cuáles?	Otros ☐	
Audiometría	☒			
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☒	
		Otros	☐	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☒	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☒

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

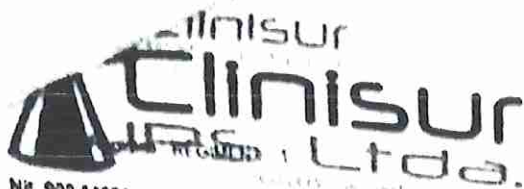
INCLUIR EN EL SVE MANIPULACION MANUAL DE CARGAS

OBSERVACION:

NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS - COV 2)

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX.: 278 4705 FAX.: 239 2301 Bogotá, D.C.
E-mail: clinisurips1@gmail.com - www.clinisurips.com



Nº. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

0001/11/2011

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

FECHA: 11/03/2021 07:43:35

NOMBRE Y APELLIDO: JHON FREDDY BURGOS FLOREZ

PERIÓDICO

EDAD: 28 Años SEXO: M CARGO A DESEMPEÑAR: OFICIAL DE CONSTRUCCION

C.C. 1033748401



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Jhon Freddy Burgos Florez



Prof.

Atestado por: [Firma]
Firma del Profesional
Firma del Profesional
Firma del Profesional

Calle 27 SUR No. 19 - 07 PBX.: 278 4705 FAX.: 239 2301 Bogotá, D.C.

E-mail: clinisurips1@gmail.com - www.clinisurips.com

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX. 2784705 FAX 2392301
E-mail: clinisurips1@gmail.com - <http://www.clinisurips.com>

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud
Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Columnas	Valores
TIPO DE IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	1033748401
NOMBRES	JHON FREDDY
APELLIDOS	BURGOS FLOREZ
FECHA DE NACIMIENTO	1979-08-20
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION ELECTIVA	FECHA DE PRORROGACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIACION
ACTIVO POR EMERGENCIA	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2019	31/12/2999	COTIZANTE



Bogotá D.C., marzo 19 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JHON FREDDY BURGOS FLOREZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1033748401, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

EMPRESA FORMADORA: GRUPO CORPORACION ARP SAS

ENTRENADOR FORMADOR: RAUL CERON MARTINEZ

SEDE DONDE SE FORMO: GRUPO CORPORACIÓN ARP SAS

FECHAS DE FORMACIÓN: 12/09/2020 12:00:00 a. m. a 13/09/2020 12:00:00 a. m.

INTENSIDAD HORARIA: 20 HORAS horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día marzo 19 de 2021

Ministerio del Trabajo de Colombia

Teléfonos en Bogotá: (571) 5186868

Desde celular Línea 120

Oficina Principal: Carrera 14 No. 99-33 pisos 6, 7, 10, 11, 12 y 13. Bogotá D.C

5186868 Recepción de correspondencia: Piso 6 Bogotá D.C

**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:

JHON FREDDY BURGOS FLOREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.748.401**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Marzo del 2021.

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.742.814

BONILLA CADENA

APELLIDOS

LUIS ALFONSO

NOMBRES

Luis Alfonso Bonilla

FIRMA



Eps famisanar
Calle 71 Tor 27 A95
Cel: 3132775767 — 3164851831
fondo de pension porvenir



IMPORTE DETECADO

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1972

PAIME
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.R. RH

M
SEXO

30-DIC-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1519000-00175120-M-0079742814-20090904

0015704461A 1

25955391

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CONSORCIO OBRAS CAUCASIA109

FECHA 13/03/2021 07:58:47

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS ALFONSO BONILLA CADENA

C.C 79742814

EDAD 48 Años

SEXO M

CARGO A DESEMPEÑAR OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☒

Optometría ☐

Audiometría ☒

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio

SI ☒ NO ☐

Glic ☒

Col ☒

Triglic ☒ Otros ☐

¿Cuáles?

Énfasis Osteomuscular ☒

Otros ☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

SI ☐

NO ☒

NA ☐

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA VISION CERCANA

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE MEDIAS ANTIVARICE

USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

OBSERVACION:

NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS - COV 2)

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR

030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020



CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

NIT: 900 148264-8 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CONSORCIO OBRAS CAUCASIA109

FECHA: 13/03/2021 07:58:47

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS ALFONSO BONILLA CADENA

C.C 79742814

EDAD 45 Años

SEXO M

CARGO A DESEMPEÑAR OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

LUIS B



C. Prof.

Manuel Placeres Bonilla S.
C. Prof. en Medicina
C. Prof. en Cirugía
C. Prof. en Radiología
C. Prof. en Anatomía
C. Prof. en Fisiología
C. Prof. en Histología
C. Prof. en Microbiología
C. Prof. en Parasitología
C. Prof. en Patología
C. Prof. en Pediatría
C. Prof. en Geriatria
C. Prof. en Ginecología
C. Prof. en Obstetricia
C. Prof. en Neonatología
C. Prof. en Oftalmología
C. Prof. en Otorrinolaringología
C. Prof. en Dermatología
C. Prof. en Psiquiatría
C. Prof. en Neurología
C. Prof. en Cardiología
C. Prof. en Neumología
C. Prof. en Nefrología
C. Prof. en Hepatología
C. Prof. en Endocrinología
C. Prof. en Hematología
C. Prof. en Oncología
C. Prof. en Radiología
C. Prof. en Cirugía
C. Prof. en Medicina
C. Prof. en Pediatría
C. Prof. en Geriatria
C. Prof. en Ginecología
C. Prof. en Obstetricia
C. Prof. en Neonatología
C. Prof. en Oftalmología
C. Prof. en Otorrinolaringología
C. Prof. en Dermatología
C. Prof. en Psiquiatría
C. Prof. en Neurología
C. Prof. en Cardiología
C. Prof. en Neumología
C. Prof. en Nefrología
C. Prof. en Hepatología
C. Prof. en Endocrinología
C. Prof. en Hematología
C. Prof. en Oncología

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX.: 278 4705 FAX.: 239 2301 Bogotá, D.C.

E-mail: clinisurips1@gmail.com - www.clinisurips.com

CALL: 27 SUR No 19-07 PHX: 2784705 FAX: 2392301 ax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - <http://www.clinisurips.com>

Medellín, 15 de Marzo de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96%
C79742814	BONILLA CADENA LUIS ALFONSO	16/03/2021		15423216	DEPENDIENTE

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: C797428142107454451

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 15/03/2021 15:07:31 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.102.198.249, 198.143.41.14, 172.16.42.57



El empleo
es de todos

Mintrabajo

Bogotá D.C., marzo 19 de 2021

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LUIS ALFONSO BONILLA CADENA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 79742814, registra la siguiente información vocacional :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

EMPRESA FORMADORA: PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS

ENTRENADOR FORMADOR: SADAT OSWALDO FANDIÑO GARZON

SEDE DONDE SE FORMO: PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS S.A.S

FECHAS DE FORMACIÓN: 02/01/2021 12:00:00 a. m. a 03/01/2021 12:00:00 a. m.

INTENSIDAD HORARIA: 20 horas



El empleo
es de todos

Mintrabajo

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día marzo 19 de 2021

Ministerio del Trabajo de Colombia

Teléfonos en Bogotá: (571) 5186868

Desde celular Línea 120

Oficina Principal: Carrera 14 No. 99-33 pisos 6, 7, 10, 11, 12 y 13. Bogotá D.C

5186868 Recepción de correspondencia: Piso 6 Bogotá D.C

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud
Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS		DATOS	
TIPO DE IDENTIFICACION		CC	
NUMERO DE IDENTIFICACION		79742814	
NOMBRES		LUIS ALFONSO	
APELLIDOS		BONILLA CADENA	
FECHA DE NACIMIENTO		28/06/1973	
DEPARTAMENTO		BOGOTA D.C.	
MUNICIPIO		BOGOTA D.C.	

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE RENOVACION DE AFILIACION	MOD DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMILISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	28/06/2013	31/12/2999	COTIZANTE

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.803-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ALFONSO BONILLA CADENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.742.814**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Marzo del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



ECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN:



0679



José García Nieves

Médico Especialista en Salud Ocupacional
Resolución SO: 60054316-2016 SSS y PSA

Cel: 323 420 5856 - Tel: 839 2896

Cra 2da No. 21-80

Caucaia - Antioquia

garcianj@hotm.com

RUT: 19384147-0



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE: CONSORCIO OBRA CAUCASIA 109 EMPRESA EN MISIÓN:

INGRESO ☒ PERIÓDICO ☐ EGRESO ☐ MANIPULACION ALIMENTOS ☐ FECHA: 01/03/2021

NOMBRE: HECTOR JOSE VELASQUEZ ARIAS C.C. 1007798040

CARGO: OBRERO CIUDAD: CAUCASIA

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MEDICO ☒ 5. VISIOMETRIA ☒ LABORATORIOS ☐
2. AUDIOMETRIA ☒ 6. PRUEBA PSICOTECNICA ☐ AUDIOMETRIA: Normal / VISIOMETRIA: Normal
3. ESPIROMETRIA ☐ 7. EVAL. OSTEOMUSCULAR ☐
4. OPTOMETRIA ☐ 8. OTROS ☐

CONCEPTO EXAMEN DE ALTURA

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐

APTO CON RECOMENDACIONES PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ POR MOTIVO DE:

APLAZADO ☐ MOTIVO: NO APLICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO ☐ SIN PATOLOGÍA APARENTE ☒
CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR ☐

APTO CON RESTRICCIÓN ☐ POR MOTIVO DE:

APLAZADO ☐ POR MOTIVO DE:

NO RECOMENDADO PARA EL CARGO ☐ POR MOTIVO DE:

EXAMEN PERIODICO

PUEDEN CONTINUAR LABORANDO ☐

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ POR MOTIVO DE:
PERMANENTE ☐ POR MOTIVO DE:

EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGÍA APARENTE ☐ RETIRO CON PATOLOGÍA PARA SUGERIR EN EPS ☐

EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO ☐

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ POR MOTIVO DE:
PERMANENTE ☐ POR MOTIVO DE:

EXAMEN MANIPULACION DE ALIMENTOS

APTO ☐ NO APTO ☐ APTO CON RECOMENDACIONES ☐ APLAZADA ☐

CONDUCTA

MANEJO POR EPS / ARL

Control Periodico PP por EPS ☐

Remisión a EPS por: ☐

Continuar manejo periodico ☐

Remisión a ARL para manejo del caso ☐

Seguimiento caso ARL ☐

Incluir en SVE ☐

VISUAL ☐

CARDIOVASCULAR ☐

OCUPACIONALES

Control periodico ocupacional ☐

Higiene Postural ☐

Utilización de EPP ☐

Pausas activas ☐

Realización de Pruebas Complementarias ☐

AUDITIVO ☐

PSICOLABORAL ☐

RESPIRATORIO ☐

BIOLÓGICO ☐

Dieta ☐

Ejercicio regular 3 veces/semana ☒

Dejar el habito de fumar ☐

Reducir el consumo de alcohol ☐

ERGONÓMICO ☐

QUÍMICO ☐

PP: programa de promoción y prevención de la salud; Higiene oral: cepillo dental; Citología cervicovaginal anual; Control de testículo anual; Control de seno anual; Control de próstata anual

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Recomendaciones en higiene postural, Pausas activas, Sensibilización de la importancia de los Estilos de Vida Saludables y el Autocuidado.

Uso de EPP según el cargo y la actividad a ejecutar

La Resolución 2345 de 2007 reglamenta la práctica y el contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, también establece que la en presencia puede constar el certificado médico del aspirante. La historia clínica ocupacional, los exámenes y las pruebas complementarias son confidenciales y hacen parte de la reserva profesional. CERTIFICADO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Dr. José García Nieves

Médico Especialista en Salud Ocupacional

Resolución SO: 60054316-2016 SSS y PSA

Registro Médico 18417429

Resolución SO: 60054316-2016 SSS y PSA

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. 1007798040

Medellín, 01 de Marzo de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**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 CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109 que se encuentra EN MORA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96%
C100779804 0	VELASQUEZ ARIAS HECTOR JOSE	01/03/2021		19602604	DEPENDIENTE

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: C10077980402106050797

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 01/03/2021 14:06:37 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.102.199.16, 198.143.41.11, 172.16.42.57