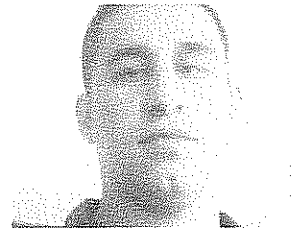




Nit. 900.067.0873

ALEANDES Y CIA LTDA
IPS Salud Ocupacional
Examen Médico Ocupacional
TRABAJADORES TEMPORALES S.A.S.



Fecha: 2017-08-10 Hora: 09:52:29

Cargo a ocupar: Auxiliar de bodega

Tipo examen: Ingreso-

Datos Generales

Identificación	1119947472	Nombre	JOSE MONTOYA
Fecha nacimiento	1989-04-05	Edad	28
Estado civil	union libre	Sexo	Masculino
Estudios	Bachillerato completo	Dirección	CRA 7H ESTE 114-47S

Datos laborales

Empresa	TRABAJADORES TEMPORALES S	Empresa en misión	TRABAJADORES TEMPORALES S
Eps	Famisanar	Arl	POSITIVA
Fondo de Pensiones	PORVENIR	Antigüedad en la empresa	0

Exámenes paraclínicos

Audiometría	No aplica	Visiometría	No aplica
Espirometría	No aplica	Optometría	No aplica
Laboratorio Clínico	No aplica	Examen Osteomuscular	x

Concepto Médico

Apto para desempeñar el cargo

Recomendaciones

- Higiene postural
- Uso de elementos de protección personal indicado para el cargo
- Ejercicio físico regular
- Recomendaciones dietarias
- Pausas activas
- Consulta optométrica: y audiometría anual
- Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica en: ergonómico, físico

Observaciones

Médico

FABIO CANOSA SUAREZ
Médico Cirujano - C.C. 79.411.805
Especialista en Gerencia
en Salud Ocupacional
T.P. 6452/94 MinSalud
Lic. Ocup. Rev 13133-2012

FABIO CANOSA SUAREZ
SALUD OCUPACIONAL
13133-2012

Trabajador

Jose Montoya
JOSE MONTOYA
CC: 1119947472



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE JONATHAN MONTOYA HERNANDEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1,119,947,472, se encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 09 días del mes de Agosto de 2017.

Gerente de Clientes



Bogotá DC. 18 de Agosto de 2017

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor empleador, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 14/8/2017, se ha realizado la actualización en nuestra base de datos de afiliados. Recuerde que con esta solicitud de inscripción, el trabajador puede acceder a nuestros servicios (educación, recreación, turismo, vivienda, crédito, cultura, entre otros).

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio consulte los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones es necesario presentar los documentos soportes, y la cuota monetaria se reconocerá a partir de la radiación de éstos en nuestros Puntos de Atención Integral - PAI.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1119947472
Nombres y Apellidos	JOSE MONTOYA HERNANDEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NI 860531801
Razón Social Empleador	TRABAJADORES TEMPORALES SAS
Código Sucursal	1
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	18/8/2017
Fecha de Ingreso a Compensar	14/8/2017
Cargo	AUXILIAR BODEGA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	\$ 737717

Firma del Trabajador

Identificación

La presente constancia se expide con destino a TRABAJADORES TEMPORALES SAS. Este documento impreso debe reposar firmada en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

Reporte de ingreso del trabajador

INGRESO EXITOSO.

De acuerdo al decreto 1295 de 1994, artículo 4°, la cobertura del Sistema se inicia desde el día calendario siguiente al de la afiliación.

Señor usuario, imprima este reporte como soporte de las novedades que su compañía ha reportado.

Imprimir carné

Imprimir soporte

Ingresar otro trabajador

Contrato
094132125

Documento
N860531801

Nombre
TRABAJADORES TEMPORALES SAS

Información personal

Nombre
JOSE JONATHAN

Documento
C1119947472

Primer apellido
MONTOYA

Fecha de nacimiento
05/04/1989

Segundo apellido
HERNANDEZ

Sexo
M

Información laboral

Cargo
AUXILIAR DE BODEGA

EPS
EPS FAMISANAR LTDA

Salario
\$737.717

AFP
PORVENIR

Centro de trabajo
0072511003 - 860528792 SATEL IMPORTADORES DE
FERRETERIA CR 3

Fecha inicio cobertura ARL
14/08/2017

Clase de riesgo
3

Tasa de riesgo
2.436%

Teletrabajador
No

Opcional

Texto carné

Fecha proceso 11/08/2017 08:45:32

Código transacción 18316115

Dirección IP

190.25.44.50, 172.16.42.236

(<https://www.artsura.com/index.php/seguridad>)

(<https://www.artsura.com/index.php/politica-de-privacidad>)

(<https://www.artsura.com/index.php/condiciones-de-uso>)

(<https://www.artsura.com/index.php/contactenos>)

(<https://www.fogafin.gov.co/Default/Inicio>)

(<https://www.artsura.com/index.php/quienes-somos>)

(https://www.bancodebogota.com/portal/page?_pageid=1773,163333085&_dad=portal&_schema=PORTAL)



* 0 6 1 1 0 0 4 3 3 *

Nº. de Radicación

Fecha de Radicación

11/08/2017

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lee 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 - Cabeza o cabeza de Familia B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado	4. Tipo de afiliado A. Colaborante B. Cabeza de familia C. Dependiente	5. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS)
--	---	--	---	---	---------------------------------

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

6. Apellidos y nombres Montoya	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad 11199947432	9. Sexo Masculino	10. Fecha de nacimiento 11/08/2017
-----------------------------------	-----------------------------------	---	----------------------	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL Suria	16. Administradora de pensiones Ponencia
17. Ingreso base de cotización - IBC 333317	18. Residencia Arriando Cr 7 H 2514 H 114 43 sur	19. Zona Urbana Rural	20. Correo electrónico montayabonatan@gmail.com	21. Fecha de radicación	22. Fecha de inscripción

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	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		29. Parentesco		30. Etnia	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre										
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Tipo: F U M T F	Municipio: Distrito	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

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

35. Nombre de la entidad	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TRABAJADORES TEMPORALES		860531801	
39. Ubicación	3339010		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Reporte de novedades
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	6. Retiro de la EPS
7. Inscripción de beneficiarios o de afiliados adicionales	8. Exceso de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Exceso de retiro laboral o adaptación de condiciones para volver	10. Terminación de la relación laboral o cambio de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una o varias entidades para realizar afiliaciones colectivas	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad A. Régimen Contributivo	14. Movilidad B. Régimen Subsidiado
15. Reporte de fallecimiento	16. Reporte de invalidez
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	42. Fecha de la novedad
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad
Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado
	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepciones
48. Declaración de existencia de acciones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios	49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere en la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados reportes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1591 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

Firma del afiliado o representante	Firma del empleador o entidad responsable
------------------------------------	---