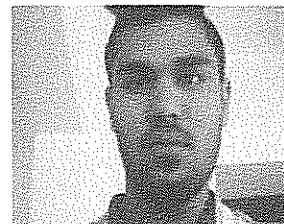




Nit. 900.067.0873

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



Fecha: 2017-07-26 Hora: 15:56:25

Cargo a ocupar AUXILIAR.

Tipo examen: Ingreso-

### Datos Generales

Identificación	1098787273	Nombre	NICOLAS ANDRES DIAZ CALVETE
Fecha nacimiento	1996-08-08	Edad	20
Estado civil	soltero	Sexo	Masculino
Estudios	Profesional Incompleto	Dirección	CAL 119-32-16

### Datos laborales

Empresa	TRABAJADORES TEMPORALES S	Empresa en misión	TRABAJADORES TEMPORALES S
Eps	Cooameva eps	Arl	NINGUNA
Fondo de Pensiones	PROTECCION	Antigüedad en la empresa	0

### Exámenes paraclínico

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: ergonomico

### Observaciones

Médico  
**FABIO CANOSA SUAREZ**  
C.C. 13133-2012  
Lic. Ocup. Res 13133-2012  
FABIO CANOSA SUAREZ  
SALUD OCUPACIONAL  
13133-2012

Trabajador

**NICOLAS ANDRES DIAZ CALVETE**  
CC: 1098787273

# Protección

Pensiones y Cesantías

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección


NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) DIAZ CALVETE NICOLAS ANDRES identificado(a) con CC número 1.098.787.273 se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2014 y sus recursos se encuentran en el FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 25 de julio de 2017.

Cordialmente,

  
Laura Patricia Merchan Metaute  
Gerencia de productos  
Protección S.A.

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:  
Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali 510 90 99  
Barranquilla: 319 79 99 - Cartagena: 642 49 99 - Nacional 01 8000 52 8000  
[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) [clientes@proteccion.com.co](mailto:clientes@proteccion.com.co)

## 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  
NICOLAS ANDRES

Documento  
C1098787273

Primer apellido  
DIAZ

Fecha de nacimiento  
08/08/1996

Segundo apellido  
CALVETE

Sexo  
M

### Información laboral

Cargo  
MERCADERISTA E IMPULSADOR

EPS  
NINGUNA EPS

Salario  
\$737.717

AFP  
NINGUNA AFP

Centro de trabajo  
0072511002 - 860528792 SATEL IMPORTADORES DE  
FERRETERIA CR 2

Fecha inicio cobertura ARL  
08/08/2017

Clase de riesgo  
2

Tasa de riesgo  
1.044%

Teletrabajador  
No

### Opcional

Texto carné

Fecha proceso 26/07/2017 11:48:20

Código transacción 15715746

Dirección IP

190.25.44.50, 172.16.42.236

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

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

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

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

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

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

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



NIT - 805000427

**CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS**

**(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS**

**USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)**

El afiliado NICOLAS ANDRES DIAZ CALVETE identificado con CC-1098787273 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de BENEFICIARIO HIJO y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en las 6435555 ext. 8017 , 8011, 8012.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día Julio 25 de 2017.

Cordialmente,

Director Nacional Ingresos

1098787273

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

Cre. Oct/2015

EPS-FT-1143

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación

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

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/>	Cotizante o Cabeza de Familia Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	B. Subsidado <input type="checkbox"/>
		B. Colectiva <input type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>		

4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Diaz		CC		109878723		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		09/09/1996	

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
		Tipo F N M Condición T P					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de Cotización - IBC	
						73777	
18. Residencia				19. Puntaje SISBEN			
Dirección				Teléfono fijo			
Municipio/Distrito				Localidad/Comuna			
Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>				Departamento			

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de Identidad		21. Número del documento de Identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			

## 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		28. Fecha de nacimiento	
						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			

29. Parentescos		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
				Tipo F N M Condición T P		Municipio/Distrito Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento Teléfono fijo y/o Celular			

34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	

35. Nombre o razón social		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		NIT		860531801			

39. Ubicación		Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/Distrito		Departamento	
								Boyaca D.C		Boyaca D.C	

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

- 40. Tipo de Novedad**

☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización del documento de identidad

☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS  
Código

☐ 6. Reinscripción en la EPS

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 12. Desvinculación de un entidad autorizada para realizar 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

**42. Fecha**

**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 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 acrediten la condición de beneficiarios
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los 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 y afiliados adicionales
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

**VIII. FIRMAS**

**54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario**

**55. El empleador, representante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o no oficina**

**IX. ANEXOS**

**56. Anexo copia del documento de identidad:**

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente**

**58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital**

**59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial 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 consta la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suarada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres**

**63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud**

**64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas**

**65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad 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	Código del departamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**67. Datos del SISBÉN**

Número de ficha	Puntaje	Nivel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**68. Fecha de radicación**

**69. Fecha de validación**

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**71. Firma del funcionario**

**Observaciones:**

Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:

¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>