

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRE	BLASS FABRIZIO CRIADO BAYONA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.091.681.741 Ocaña
FECHA DE NACIMIENTO	29 DE NOVIEMBRE DE 1998
LUGAR DE NACIMIENTO	OCAÑA
ESTADO CIVIL	SOLTERO
CIUDAD	OCAÑA
DIRECCIÓN	calle 1 número 14-12 barrio Juan XXIII
TELÉFONO	3154662609
E-MAIL	blassbayona@gmail.com

ESTUDIOS

ESTUDIOS PRIMARIOS

Escuela juan XXIII

Hasta quinto de primaria

ESTUDIOS SECUNDARIOS

colegio artístico Rafael contreras navarro

Hasta undécimo de bachillerato

Estudios universitarios

UNIVERSIDAD COOPERATIVA UNIMINUTO DE DIOS

Noveno semestre de salud ocupacional

EXPERIENCIA LABORAL

ESPO S.A.S

Cargo: auxiliar en salud ocupacional

Funciones: encargado de la salud ocupacional de los trabajadores

Desde agosto del 2019 hasta agosto del 2020

DISTRIBUIDOR V H C

Cargo: conductor y vendedor

Desde el 1 julio del 2021 hasta el 31 de diciembre del 2021

REFERENCIAS FAMILIARES

Javier Bayona León

Docente

3164839193

Wendy Tatiana criado bayona
Profesional es salud ocupacional
3183908300

REFERENCIAS PERSONALES

Leonardo Jaime bayona
Productor de audio visual
3167476815
Erika Tatiana rueda aro
Comunicadora social
3187035555

BLASS FABRIZIO CRIADO BAYONA
C.C 1.091.681.741 OCAÑA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.091.681.741**

CRİADO BAYONA

APELLIDOS

BLASS FABRIZIO

NOMBRES

Blass criado B
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
OCAÑA
(NORTE DE SANTANDER)

29-NOV-1998

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

ESTATURA

O+

G.S. RH

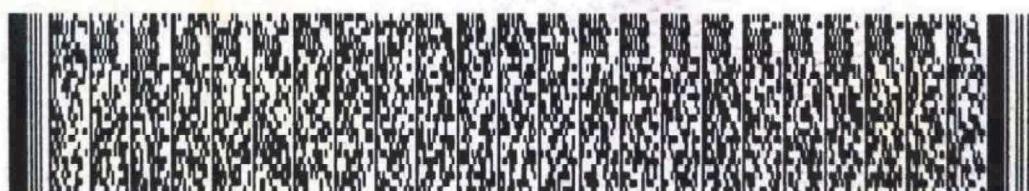
M

SEXO

02-MAR-2017 OCAÑA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-2506100-00890347-M-1091681741-20170323

0054432170A 1

47943787

REGISTRA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/10/2023 11:33:51 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1091681741**.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación N°. **76567810**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

Información

515 9000



Dios y
Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 25 de octubre de 2023, a las 14:40:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1091681741
Código de Verificación	1091681741231025144026

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

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

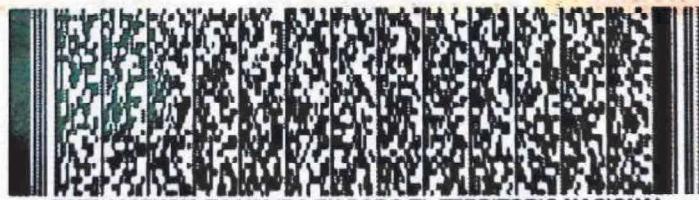


YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB



CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	14-12-2032	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	14-12-2032	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	14-12-2025	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07001160262





*Resolución de aprobación de la secretaría de Educación 160018 de 2014 Resolución 160011 de 2019
Resolución 160066 de 2020*

BLASS FABRICIO CRIADO BAYONA

C.C 1.091.681.741

QUIEN APROBO EL CURSO BÁSICO DE:

MECANICA BASICA, MANEJO DEFENSIVO

PRIMEROS AUXILIOS Y ÉNFASIS EN SEGURIDAD VIAL

Con una intensidad horaria total de 40 horas.

El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el 27 de octubre del 2023.

El presente certificado tiene validez de un (01) año a partir de la fecha de expedición.

DIRECTORA



COORDINADORA ACADÉMICA

Consulta / Estado de Cuenta En Linea

Federación Colombiana De Municipios - Simit

Estado de Cuenta sobre las Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito.

El (la) señor(a) identificado(a) con Cédula No. **1091681741 (UNO CERO NUEVE UNO SEIS OCHO UNO SIETE CUATRO UNO)**, no posee a la fecha pendientes de pago registrados en Simit por concepto de Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito, en los Organismos de Tránsito conectados al sistema.

Expedición: 27 de Octubre de 2023 a las 08:57

Nota: Este documento es válido durante la fecha de expedición

anterior 

OTRO SI AL CONTRATO DE TRABAJO DEL 3 DE ABRIL DE 2023
OBJETO: MODIFICAR EL PLAZO

Transportes Especiales Nueva ERA SAS, ha decidido modificar el término del contrato, éste quedara como un contrato a término fijo, hasta diciembre 31 de 2023.

Para constancia se firma en la ciudad de Cúcuta, el 13 de septiembre de 2023.

El empleador



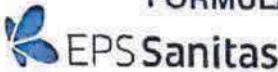
Transportes Especiales Nueva ERA SAS

El trabajador



**BLASS FABRIZIO CRIADO BAYONA
CC. 1.091.681.741 DE OCAÑA (N.de.S.)**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nuestro compromiso es contigo

NIT: 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación



167268064

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

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional	D. De Oficio A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidio	3. Régimen
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="21"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido Criado	Segundo Apellido Bayona	Primer Nombre Blazz	Segundo Nombre Fabrizio
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 1091681741	9. Sexo Femenino	10. Fecha de nacimiento 01/01/1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones Pensionar.	17. Ingreso base de cotización - IBC # 1160.000			
18. Residencia Dirección calle 1 # 14-12			Teléfono Fijo		
Teléfono Celular 3154662609	Correo Electrónico blazzbayona@gmail.com	Municipio / Distrito Cucuta	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural	Localidad / Comuna	Departamento Nte Santander.

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 CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad 1091681741	22. Sexo Femenino	23. Fecha de nacimiento 01/01/1980

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido B1	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad B1	26. Número del documento de identidad 1091681741	27. Sexo Femenino	28. Fecha de nacimiento 01/01/1980	29. Parentesco
B2		Masculino	01/01/1980	
B3		Femenino	01/01/1980	
B4		Masculino	01/01/1980	
B5		Femenino	01/01/1980	

30. Etnia B1	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Urbana Rural	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) 01/01/1980
B2		Urbana Rural	
B3		Urbana Rural	
B4		Urbana Rural	
B5		Urbana Rural	

Selección de la IPS Primaria

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

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO							
35. Nombre o razón social Transportes Nueva Cra	NIT CC	TI PA	CE CD	36. Tipo documento de Identificación 37. Número del documento de Identificación 901056044	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (e registrar por la EPS)		
39. Ubicación Dirección							Teléfono Fijo
Correo Electrónico	Municipio / Distrito Bogotá			Departamento Bogotá			

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.

V. 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 CN CC RC TI PA CE SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento 01/01/1990 42. Fecha 23/01/2023

43. EPS anterior

Santacruz

44. Motivo de traslado

Código _____

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VI. 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 internación 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 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.

VII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

BLA78 CR1000

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

Myriam Luna.

VIII. ANEXOS

- | | | | |
|---|-------------------------|----------|-------|
| 56. Anexo copia del documento de identidad: | CN RC TI CC PA CE CD SC | Cantidad | TOTAL |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. | | | |
| <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. | | | |
| <input type="checkbox"/> 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. | | | |
| <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. | | | |
| <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. | | | |
| <input type="checkbox"/> 62. 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. | | | |
| <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. | | | |
| <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. | | | |
| <input type="checkbox"/> 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. | | | |

IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de Iucha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación 01/01/2023	69. Fecha de Validación 01/01/2023
--	---	---------	-------	---------------------------------------	---------------------------------------

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información declarada en las declaraciones contenidas en el apartado VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial Alexander Oviedo Pedraza 1.013.637.785	Sello de Participación	Sticker procesamiento
---	------------------------	-----------------------

Medellín, 26 de Octubre de 2023

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 TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA, en el centro de trabajo 0000000351 - CENS OPERATIVO OCAÑA, Clase de riesgo 4, Porcentaje de cotización 4.35%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1091681741	CRIADO BAYONA BLASS FABRICIO	03/04/2023		e1341534	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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:C801367942329938267

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 26/10/2023 10:37:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

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

Dirección IP: 201.245.228.103, 192.230.86.9, 172.16.42.57



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:

BLASS FABRIZIO CRIADO BAYONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.091.681.741**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Enero del 2023.

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 qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



https://tramitesenlinea.comfanorte.com.co:2657/oficinavirtual/empresa/public/paginas/listaAfiliaciones.php

Inicio Mis Certificados Afiliación Electrónica Mis Afiliados

 Formulario de afiliación radicado correctamente

Su radicado es: 233214
Hemos recibido su solicitud, la cual se encuentra en trámite. La Caja cuenta con 30 días calendario para dar trámite a su solicitud.

Afiliaciones Pendientes

Radicada En trámite Por corregir Corregida

Radicado	Fecha Afiliación	Tipo y Número de Identificación	Nombres y Apellidos	Estado	Opciones
233214	24-01-2023 11:35:42	CC 1091581741	BLASS FABRIZIO CRIADO BAYONA	Radicada	  



Dra. Magda Beatriz Toro Leyva

Médico cirujano
Especialista en Salud Ocupacional



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA D 24 M 03 A 2023 CIUDAD OCAÑA EMPRESA Transportes Especiales Nueva ERA SAS

DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRES	Blass Fabrizio	APELLIDOS	Criado Bayona	EDAD	24
ID N°	1.091.681.741	CARGO	Conductor	GENERO	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

TIPO DE EVALUACION MEDICA

Ingreso <input checked="" type="checkbox"/>	Periódico <input type="checkbox"/>	Egreso <input type="checkbox"/>	Reintegro <input type="checkbox"/>	Reubicación <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
---	------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

EXÁMENES REALIZADOS

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Examen físico con énfasis osteomuscular y cardiovascular <input type="checkbox"/> Anexo Osteomuscular | <input type="checkbox"/> Ecografía Pared abdominal <input type="checkbox"/> Serología I <input type="checkbox"/> IGG/IGM COVID 19 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prueba psicosensométrica <input type="checkbox"/> Teórico-Práctico <input type="checkbox"/> Serología II <input type="checkbox"/> Antígeno COVID 19 <input type="checkbox"/> PCR COVID 19 | <input type="checkbox"/> Rx Cual <input type="checkbox"/> RMN Columna Lumbosacra <input type="checkbox"/> BUN <input type="checkbox"/> Creatinina |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de Vértigo <input type="checkbox"/> Test Acrofobia <input type="checkbox"/> Cuadro Hemático <input type="checkbox"/> Recuento de Anticuerpos Hep B <input type="checkbox"/> PDO | <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> VIM <input type="checkbox"/> Pruebas de función hepática <input type="checkbox"/> Coliesterasa |
| <input type="checkbox"/> Valoración por Psicología <input type="checkbox"/> Audiometría <input type="checkbox"/> Colesterol total <input type="checkbox"/> Frotis Garganta <input type="checkbox"/> Coprológico | <input type="checkbox"/> Optometría <input type="checkbox"/> Espirometría <input type="checkbox"/> HDL <input type="checkbox"/> LDL <input type="checkbox"/> KOH de Uñas <input type="checkbox"/> EK Espuma |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Triglicéridos <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas | |

CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO	EXAMEN PERIODICO	EXAMEN DE EGRESO
<input checked="" type="checkbox"/> Sin restricción para el cargo <input type="checkbox"/> Con recomendación para el cargo <input type="checkbox"/> Con restricción para el cargo <input type="checkbox"/> Apiazzado hasta valoración con especialista	<input type="checkbox"/> Puede continuar laborando <input type="checkbox"/> Puede continuar laborando con recomendaciones <input type="checkbox"/> Puede continuar laborando con restricciones <input type="checkbox"/> Se sugiere reubicación _____	<input type="checkbox"/> Egreso Satisfactorio <input type="checkbox"/> No satisfactorio por sospecha de: <input type="checkbox"/> Secuela Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad agravada por el trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
Trabajo en alturas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	OCUPACIONALES
Trabajo eléctrico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural
Espacios Confinados <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Pausas Activas
Manipulación de alimentos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Utilización EPI
Conducción de vehículos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ayudas Ergonómicas
Manejo de armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Manejo de cargas
	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA
	<input checked="" type="checkbox"/> Dieta y ejercicio 3 veces por semana
	<input checked="" type="checkbox"/> Medidas Anti varicosas
	<input type="checkbox"/> Suspender tabaquismo
	<input checked="" type="checkbox"/> Protección solar
	<input type="checkbox"/> REMISIÓN: EPS <input type="checkbox"/> ARL <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Continuar Manejo Médico EPS

Incluir SVE: Visual Cardiovascular Respiratorio Auditivo Ergonómico Psicolaboral

OBSERVACIONES

Control anual de Optometría - Cumplir normas de Higiene y Seguridad laboral!

FIRMA DEL MÉDICO
Dr. Magda Beatriz Toro Leyva
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Registro Profesional:

Blass CR-000
FIRMA DEL PACIENTE
C.C.: 1091681747
Nº TEL: 3154662607

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR LA CUAL TIENE UN CARÁCTER CONFIDENCIAL CONFORME CON LO ESTABLECIDO EN EL ART. 16 DE LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007



Dra. JULIANA PATRICIA
CHACON GOMEZ

OPTOMETRA RM 1445 - USTA B/MANGA
ESP. EN LENTES DE CONTACTO Y SEGMENTO ANTERIOR

VISIOMETRIAS

NOMBRE:	Blass Fabrizio	ENTIDAD:	Tran Nuev Fo	EDAD:	24	FECHA	D	M	A
APPELLIDO:	Arriado Baciona	No Documento:	1091621141	C.E.		24	L	2023	
CARGO:	Conductor	TITULO:				TEL:	3154662609		

ANAMNESIS

Motivo Consulta Ingreso : " Control. Gta AV. No ref AV↓

Antecedentes Generales Gen (-) OX (+) Rodillo der.

Ant Optometria/oftalmo Ptll examen Ref luenglo, Rx (-)

TOMA DE AV CC / SC		EXAMEN MOTOR	C.C.	\$
SC	OD		S.C.	0
CC	OD	20/20 05m	TEST DE COLOR	ESTEREOPSIS
	OI	1/20 05m		
DP:	OD	—	Normal	40
	OI	—	SEGMENTO POSTERIOR - RETINA	
LENSOMETRIA. RX DE USO				
OD:		OD: Retina aplicada no detalles		01
OI:	ADD	OI: Retina aplicada no detalles		101
Tipo de Lente.	No CCA			

SEGMENTO ANTERIOR

Isencia: Sin Restriccion Vigente.
Pinqueulo nasal AC

CAMPIMETRIA POR CONFRONTACION: OD: cuenta dedos X 4 OI: Cuenta dedos X 4

IDX	AMETROPIA	
CONDUCTA	<u>Control</u> <u>Gata sat.</u>	

Md Tratante: JULIANA PATRICIA CHACON GOMEZ

OPTOMETRA

ESP EN LENTES DE CONTACTO Y SEGMENTO ANTERIOR

RM 1445 USTA

CALLE 11-17-18 MARTINETE. 5697801 322 456 7018.



Dra. Ana A. Arias Garcia

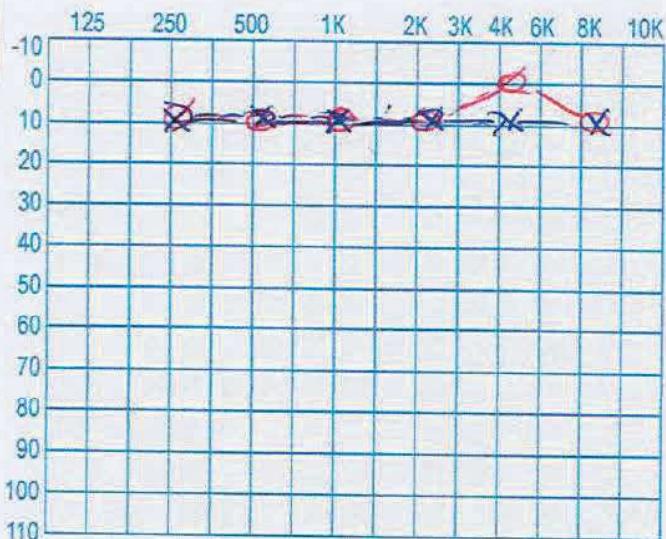
Carrera 13 No. 12-25 Local 201 Centro Cel. 312 3868556
Entrada diagonal a Granandino por el parqueadero
Ocaña, N. de S.

HISTORIA CLÍNICA AUDIOLÓGICA

I. EXPLORACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA:

OTOSCOPIA:

MEMBRANA TIMPÁNICA	O.D.	O.I.	CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	O.D.	O.I.
NORMAL	SÍ	SÍ	NORMAL	SÍ	SÍ
OPACA	NO	NO	HIPERÉMICO	NO	NO
PERFORADA	NO	NO	TAPON TOTAL	NO	NO
HIPERÉMICA	NO	NO	TAPON PARCIAL	NO	NO
PLACAS BLANQUECINAS	NO	NO			
RETRAÍDA	NO	NO			
ABOMBADA	NO	NO			
NO SE OBSERVA	NO	NO			
OTROS	CUÁLES?				



II. AUDIOMETRÍA:

EN CABINA:

SÍ NO _____

REFERENCIA DEL AUDIÓMETRO

AMP/100V 260

FECHA ÚLTIMA CALIBRACIÓN: 01 / 12 / 2022

TIENE REPOSO AUDITIVO?

SÍ NO _____

No. DE HORAS 3 horas

III. RESULTADO:

DIAGNÓSTICO:

Audiación normal

Nombre: BLOSS PENIZIO COLOMBIA OYONDA F.N. 29/11/98 Edad: 24 ó

Dirección: C/11 1 CMO 111 A-12 JUAN XXIII Tel. 7154662609

Fecha 24/01/2023 Entidad TRANSPORTES NUEVA ENP E.C. 501700

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FUNCIONARIO: Autorizo al doctor(a) a realizarme el examen paraclínico para determinar la agudeza auditiva. Se me ha explicado el propósito, su naturaleza, he comprendido y entendido la realización de este examen con la asesoría por parte del profesional que lo realizará, y es voluntaria, el resultado será confidencial. Mis respuestas están completas y son verídicas. El profesional me explica que debo seguir sus instrucciones para no ocasionarme daño en el momento del examen de otoscopia.

Ana Arias Garcia
AUDIOLÓGICA

Nombre del Evaluador
NIT. 37.318.927-3



Laboratorio Clinico
Dra. Liliana Margarita Gutiérrez Suarez
Bacteriologa
Universidad colegio Mayor de Cundinamarca(C.M.C)
Especialización
Hematología en el laboratorio clínico
y manejo de banco de sangre
Universidad Javeriana

PACIENTE:	BLASS FABRIZIO CRIADO	CEDULA:	1.091.681.741
SEXO:	MASCULINO	EDAD:	24 AÑOS
MEDICO:	DRA TORO	CONSECUTIV	266
ENTIDAD:	TNE	FECHA:	25/01/2023
ANALIZADO POR:	DRAS GUTIERREZ		

EXAMEN SOLICITADO:

DROGAS DE ABUSO : Screening MUESTRA : ORINA

Metodo INMUNOCROMATOGRAFIA

COCAINA COC

**RESULTADO
NEGATIVO**

Interpretacion :

POSITIVO MAYOR DE 300 ng/ml

ANFETAMINAS AMP

NEGATIVO

Interpretacion :

POSITIVO MAYOR DE 300 ng/ml

MARIHUANA THC

NEGATIVO

Interpretacion :

POSITIVO MAYOR DE 50 ng/ml

MORFINA MOP

NEGATIVO

Interpretacion :

POSITIVO MAYOR DE 300 ng/ml

BENZODIACEPINAS BZO

NEGATIVO

Interpretacion :

POSITIVO MAYOR DE 300 ng/ml


Laboratorio Clinico Dra. Liliana M. Gutierrez S.
BACTERIOLOGA UCMC
Esp. Hematología en el Laboratorio Clínico
y manejo de Banco de Sangre
Reg. de salud 286
Tel. (607) 562 2990 - 316 578 4971

DRA LILIANA M GUTIERREZ
BACTERIOLOGA
REG 286

evaluando

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

IPS EVALUANDO 900122479-2
CALLE 10 # 11-75 - 5697315
OCAÑA (NORTE DE SANTANDER)
NIT 900122479-2

Registro IPS No. 540010174006

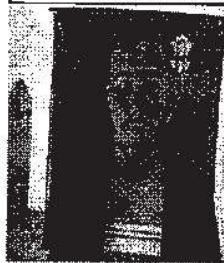
RESOLUCIÓN DE MINTRANSPORTE No. 000392 DEL 16/02/2012

Informe No. 00425-A

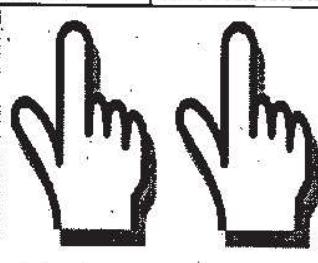
Certificación No. 25012023-00415

No. RUNT 1

25/01/2023



25/01/2023 09:45:17



Izquierdo

Derecho

Cédula de Ciudadanía 1091681741 Expedido en: OCAÑA

CRIAADO BAYONA BLASS FABRIZIO

Sexo : Masculino

Fecha Nacimiento: 29/11/1998 (24 años) Lugar OCAÑA

Escolaridad : Profesional

Ocupación : ESTUDIANTE

Dirección : CALLE 1 CRA 14 12

Teléfono(s) : 3154662609 Móvil: 3154662609

Ciudad : OCAÑA

Vence : 25/01/2024

Teniendo en cuenta que el profesional certificador del CRC revisó los resultados obtenidos por el candidato identificado en este certificado el cual fue evaluado bajo los requisitos de la resolución 217 del 31 de enero de 2014 en su anexo I y la NTC-ISO/IEC 17024 de 2013 y obtuvo concepto aprobatorio en todas las evaluaciones emite el presente Certificado de Aptitud Física, Mental y de Coordinación Motriz bajo las siguientes condiciones:

Categoría	Prueba	Resultado	Trámite	Restricciones	Estado
PSICOSENSOMETRICO			20-Expedición Inicial	Ninguna	APTO
Medicina		Cumple		Observaciones	
Psicología		Cumple		[2023-01-25 10:53:55, MARCHENA BLANQUICETT CONNIE ROXANA] -> APROBADO	
Audición		Cumple		[2023-01-24 10:01:43, BAYONA SOTO STEFANY] -> CANDIDATO QUE PRESENTA RASGOS DE PERSONALIDAD Y CI 97 DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES.	
Visión		Cumple		[2023-01-25 09:57:21, MONTES MEJIA AURA PATRICIA] -> APROBADO	
				[2023-01-25 10:15:39, RINCON RODRIGUEZ YESID] -> cumple	
Sin novedades					

Profesional Certificador: MARCHENA BLANQUICETT CONNIE ROXANA

Dra. Connie Marchena B.
MEDICO
R.M. 1140819668

R.M. 1140819668



Huella Certificador

Firma Evaluado: Blass Criadoo

Dedico bajo la gravedad del juramento que toda la información suministrada a los profesionales de la salud durante las evaluaciones visual, auditiva, psicológica y médica es cierta y veraz y asumo toda responsabilidad que se genere como consecuencia de dicha información, así mismo me comprometo a reportar cualquier reducción o cambio en las condiciones físicas, mentales y de coordinación motriz, bajo las cuales se emitió este certificado.

ME COMPROMETO A NO DIVULGAR MATERIALES DEL EXÁMEN CONFIDENCIALES NI TOMAR PARTES FRAUDULENTAS DEL EXÁMEN.

Este certificado tiene vigencia de 365 días calendario, a partir de su fecha de expedición, según lo establecido en la resolución 1298 del 27 de abril de 2018.

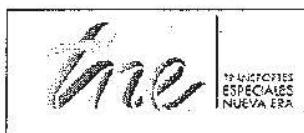


Certificado de Aportes

Se certifica que TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA S.A.S identificado(a) con NI 901056044 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para BLASS FABRIZIO CRIADO BAYONA identificado(a) con CC 1091681741

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades													IBC	Tarifa	Cotización		
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9457559927	214635295	E	2023-10-12	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-10	30								X							\$1,161,692	4%	\$46,500	
9457559927	214635295	E	2023-10-12	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30									X							\$1,161,692	16%	\$185,900
9457559927	214635295	E	2023-10-12	APP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-09	30								X							\$1,161,692		\$0	
9457559927	214635295	E	2023-10-12	APP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-09	30								X							\$1,161,692		\$0	
9457559927	214635295	E	2023-10-12	APP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-09	30								X							\$0	0%	\$0	
9457559927	214635295	E	2023-10-12	APP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILIADO	2023-09	30								X							\$0	0%	\$0	
9457559927	214635295	E	2023-10-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30								X							\$1,161,692	4,35%	\$50,600	
9457559927	214635295	E	2023-10-12	CCF	CCF37	COMFANORTE	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30								X							\$1,161,692	4%	\$46,500	

Este certificado se expide el día 2023-10-26 a las 03:20.



FORMATO DE ENTREGA DE CARNET

Código: GH-FR-04

Versión: 01

Vigencia desde: 25/01/2018

Se hace entrega del carnet de identificación que lo acredita como empleado de la Organización **TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA**.

Sus obligaciones con respecto a su manejo son:

1. Únicamente puede ser utilizado como medio para acreditar que el beneficiario es funcionario de la empresa.

2. Debe mantenerlo en perfecto estado. Para facilitarle su porte y conservación se suministra el porta carnet con la cinta correspondiente.

3. En caso de deteriorarse debe dar aviso inmediato del hecho y debe entregar el carnet o el porta carnet deteriorado para su reposición.

4. En caso de pérdida debe dar aviso inmediato del hecho y seguir las instrucciones de su supervisor, a quien le imparten con el fin de proceder a solicitar su reposición, y entregar el carné al área correspondiente denuncia ante las autoridades competentes al área de G.R.H. Humanas.

5. En ningún caso el carnet puede prestarse o dejarse en ninguna portería cuando no sea requerido un documento para ingresar a las oficinas a donde se dirige.

6. Siempre que esté en desempeño de sus funciones laborales se debe portar en un lugar visible, especialmente cuando por sus funciones usted requiera acreditar ante el cliente que es representante de la organización.

7. En caso de pérdida o daño la reposición correrá por cuenta del empleado.

8. Al terminar el vínculo laboral con la compañía, el funcionario debe hacer entrega del carnet.

Certifico que he leído y me acojo a las obligaciones de manejo del carnet corporativo.

Nombre: Blast Oraldo

Firma: Blast F Oraldo

Cludad: Quito

Fecha: 20/01/2023

[Ver resultados](#)

Encuestado

21 Anónimo

02:09

Tiempo para
completar

1. NOMBRE COMPLETO

Blass fabrizio criado bayona

2. PROYECTO AL QUE PRESTA SERVICIOS

CENS

3. CARGO

Conductor

4. TEMAS TRATADOS *

Inducción

5. LA CAPACITACION FUE ADECUADA PARA EL TEMA?



6. LA CAPACITACION APORTE CONOCIMIENTO



Ver resultados

Encuestado

2 Anónimo

01:08

Tiempo para
completar

1. Indique la fecha de la capacitación *

30/10/2023



2. NOMBRE COMPLETO *

Blass F. Criado Bayona

3. PROYECTO AL QUE PRESTA SERVICIO *

Cens

4. TEMA VISTO EN LA CAPACITACION *

Residuos peligrosos

5. CALIFIQUE SI EL TEMA DE LA CAPACITACION FUE ADECUADO Y UTIL PARA SU FUNCION *

