

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	blassebayona@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

NÚMERO **1.091.681.741**

CRIADO BAYONA

APELLIDOS

BLASS FABRIZIO

NOMBRES

Blass Criado B

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1998**

OCAÑA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

02-MAR-2017 OCAÑA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2506100-00890347-M-1091681741-20170323

0054432170A 1

47943787

MINISTERIO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

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 No. **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 Búsqueda](#)[🖨 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****GOV.CO**

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

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

LCD7001160262



LIBERTAD Y ORDEN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1091681741

NOMBRE

BLASS FARRERO CRIADO BAYONA

FECHA DE NACIMIENTO

20-11-1998

FECHA DE EXPEDICIÓN

14-12-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

SANGRE-RH

O+



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA MOYITTO OCAÑA

de Colombia



*Resolución de aprobación de la secretaria 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.)

No. de Radicación

Fecha de Radicación

0 0 0 0 0 0 0 0



167268064

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

I. 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"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
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) 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: Blas 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 Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 0 0 / 0 0 / 0 0 0 0 0 0

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		16. Administradora de Pensiones Porvenir		17. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1160.000	
18. Residencia Dirección: calle 1 # 14-12					
Teléfono Celular: 3154662609		Correo Electrónico: blasybayona@gmail.com			
Municipio / Distrito: Cucuta		Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad / Comuna: Nte Santander	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. 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	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento 0 0 / 0 0 / 0 0 0 0 0 0		

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

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

25. Tipo de documento de identidad					26. Número del documento de identidad					27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento 0 0 / 0 0 / 0 0 0 0 0 0		29. Parentesco	
B1					Femenino	Masculino									
B2					Femenino	Masculino									
B3					Femenino	Masculino									
B4					Femenino	Masculino									
B5					Femenino	Masculino									

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

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					
B					
B					
B					

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

VI. 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 Transportes Nueva Era	36. Tipo documento de identificación NIT <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>
37. Número del documento de identificación 901056044	
38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo
Correo Electrónico	Municipio / Distrito Bogotá
Departamento Bogotá	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 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		Segundo Apellido	
Primer Apellido		Primer Nombre	
Segundo Nombre		Fecha de nacimiento	
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad	
Sexo Femenino Masculino		Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
43. EPS anterior Sanitas		44. Motivo de traslado Código	
45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones		42. Fecha 23/01/2023	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. <input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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 BLATBE CRIBDO	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio Myriam Luna.

IX. ANEXOS	
<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad	CN RC TI CC PA CE CD SC
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.	

X. DATOS A SER DIFERENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL	
66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha
Puntaje	Nivel
68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
01/01/2023	01/01/2023
70. Datos del funcionario que realiza la validación	
Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento	Número de documento de identidad
71. Firma del Funcionario	
Observaciones:	
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información contenida en el capítulo VII del formulario	

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial Alexander Oviedo Pedraza 1.013.637.785	Sello de Radicación	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 que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.






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 1091681741	BLASS FABRIZIO CRIADO BAYONA	Radicada	  



Dra. Magda Beatriz Toro Leyva

Médico cirujano

Especialista en Salud Ocupacional

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: 24 M. 01 A 2023 CIUDAD: OCAÑA EMPRESA: Transportes Especiales Nueva ERA S.A.S

NOMBRES: Blass Fabnazio APELLIDOS: Criado Bayona EDAD: 24
ID N°: 1.091.681.741 CARGO: Conductor GÉNERO: Masculino ☒ Femenino ☐

TIPO DE EVALUACION MEDICA

Ingreso ☒ Periódico ☐ Egreso ☐ Reintegro ☐ Reubicación ☐ Otro ☐

EXÁMENES REALIZADOS

☒ Examen físico con énfasis osteomuscular y cardiovascular ☐ Anexo Osteomuscular ☐ Ecografía Pared abdominal ☐ Rx Cuello ☐ Serología I ☐ IGG/IGM COVID 19 ☐ Serología II ☐ Antígeno COVID 19 ☐ PCR COVID 19
☒ Prueba psicosenso-métrica ☐ Teórico-Práctico ☐ RMN Columna Lombosacra ☐ BUN ☐ Creatinina ☐ Pruebas de Vértigo ☐ Test Acrofobia ☐ Cuadro Hemático ☐ Recuento de Anticuerpos Hep B ☐ PDO ☐ Valoración por Psicología ☐ Glicemia ☐ VIH ☐ Pruebas de función hepática ☐ Coenzimasa
☒ Visiometría ☒ Audiometría ☐ Colesterol total ☐ Frotis Garganta ☐ Coprológico ☐ Optometría ☐ Espirometría ☐ HDL ☐ LDL ☐ KOH de Uñas ☐ BK Espudo ☒ Electrocardiograma ☐ Triglicéridos ☐ Alcohol ☒ Drogas

CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO

EXAMEN PERIODICO

EXAMEN DE EGRESO

☒ Sin restricción para el cargo ☐ Con recomendación para el cargo ☐ Con restricción para el cargo ☐ Aplazado hasta valoración con especialista
☐ Puede continuar laborando ☐ Puede continuar laborando con recomendaciones ☐ Puede continuar laborando con restricciones ☐ Se sugiere reubicación
☐ Egreso Satisfactorio ☐ No satisfactorio por sospecha de: ☐ Secuela Accidente de trabajo ☐ Enfermedad agravada por el trabajo ☐ Enfermedad Profesional

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESARROLLAR

RECOMENDACIONES

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

Incluir SVE: Visual ☐ Cardiovascular ☐ Respiratorio ☐ Auditivo ☐ Ergonómico ☐ Psicolaboral ☐

OBSERVACIONES

Control anual de Optometría - Cumplir normas de Higiene y Seguridad

FIRMA DEL MÉDICO

Registro Profesional:

Blass cv-000

FIRMA DEL PACIENTE

C.C.: 7097687747

N° TEL: 3754662609

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

Cra 13 N°12-25 Local 201 Pasos Abajo Almacén Gran Andino. Tel: 5624644 Cel: 3012592428 Ocaña N.S.



Dra. JULIANA PATRICIA
CHACON GOMEZ

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

VISIOMETRIAS

NOMBRE: Blass Fabricio ENTIDAD: Tian Nuev Ed EDAD: 24 FECHA: 24 1 2022
APELLIDO: Orlando Bazona No Documento: 109162741 CE
CARGO: Conductor TITULO: TEL: 3154662609

ANAMNESIS

Motivo Consulta: Ingreso: "Control, sea AV, No ref AV"

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

Ant. Optometria/ofltalmo: Ult examen Ref. licencia, Rx (-)

TOMA DE AV CC / SC		EXAMEN MOTOR	C.C.	S.C.
SC	OD: <u>120 05m</u>	TEST DE COLOR	Normal	ESTEREOPSIS <u>4E</u>
	OI: <u>120 05m</u>			
CC	OD: <u>---</u>	SEGMENTO POSTERIOR - RETINA		
	OI: <u>---</u>			
DP: <u>60 162</u>				

LENSOMETRIA. RX DE USO

OD:	ADD	OD: Retina aplicada no detalles	OI: Retina aplicada no detalles
		<u>al</u>	<u>101</u>

Tipo de Lente: No uso

SEGMENTO ANTERIOR

licencia Sin Restriccion Vigente.
Pingueculo nasal AO

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

IDX	AMETROPIA

CONDUCTA: Control
Grater Sol.

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 García

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	SI	SI	NORMAL	SI	SI
OPACA	NO	NO	HIPERÉMICO	NO	NO
PERFORADA	NO	NO	TAPÓN TOTAL	NO	NO
HIPERÉMICA	NO	NO	TAPÓN PARCIAL	NO	NO
PLACAS BLANQUECINAS	NO	NO			
RETRAÍDA	NO	NO			
ABOMBADA	NO	NO			
NO SE OBSERVA	SI	SI			
OTROS	CUÁLES?				

II. AUDIOMETRÍA:

EN CABINA:

SI ☒ NO ☐

REFERENCIA DEL AUDIÓMETRO

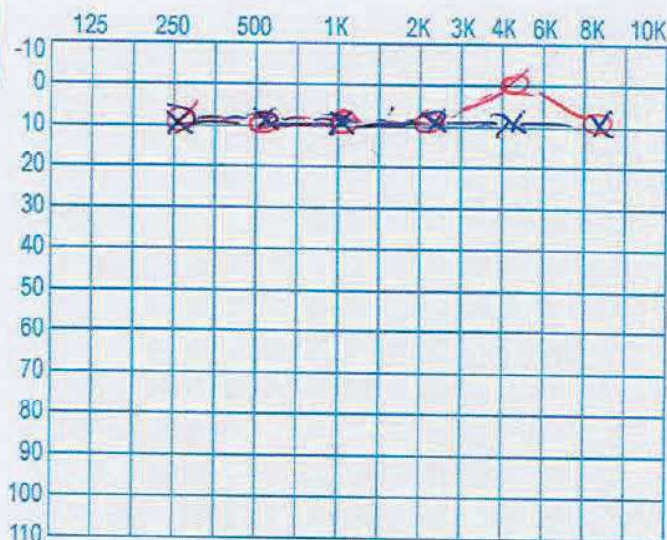
Amplificador 260

FECHA ÚLTIMA CALIBRACIÓN: 01/12/2022

TIENE REPOSO AUDITIVO?

SI ☒ NO ☐

No. DE HORAS 3 horas



III. RESULTADO:

DIAGNÓSTICO:

Audición normal

Nombre: BLISS FERNANDO EDUARDO RIVERA F.N. 29 11 98 Edad: 24 años

Dirección: C/ 1 C/ 14 A-12 JUAN XXIII Tel. 3154662609

Fecha: 24 01 2023 Entidad: TRANSPORTES NUN ENA E.C. SOITRO

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 García
FONOLÓLOGA

Nombre del Evaluador
NIT. 37.318.927-3



Laboratorio Clínico
Dra. Liliana Margarita Gutiérrez Suarez
Bacterióloga
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 Clínico 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

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

evaluando

IPS EVALUANDO 900122479-2

CALLE 10 # 11-75 - 5697315

OCAÑA (NORTE DE SANTANDER)

NIT 900122479-2

Registro IPS No. 540010174006

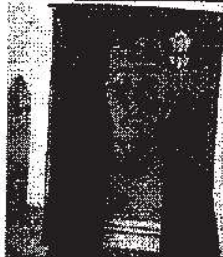
RESOLUCIÓN DE MINTRANSPORTE No. 000392 DEL 16/02/2012

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

GRIADO BAYONA BLASS FABRIZO

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 reviso 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	Trámite	Restricciones	Estado
PSICOSENSOMETRICO	20-Expedición Inicial	Ninguna	APTO

Prueba	Resultado	Observaciones
Medicina	Cumple	[2023-01-25 10:53:55, MARCHENA BLANQUICETT CONNIE ROXANA] -> APROBADO
Psicología	Cumple	[2023-01-24 10:01:43, BAYONA SOTO STEFANY] -> CANDIDATO QUE PRESENTA RASGOS DE PERSONALIDAD Y CI 97 DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES.
Audición	Cumple	[2023-01-25 09:57:21, MONTES MEJIA AURA PATRICIA] -> APROBADO
Visión	Cumple	[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: *BIGASS CIVILDO*

Dedero bajo la gravedad del juramento que toda la información suministrada a los profesionales de la salud durante las evaluaciones visual, auditiva, psicológica y medica 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	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-09	30									X									\$1,161,692		\$0
9457559927	214635295	E	2023-10-12	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-09	30									X									\$1,161,692		\$0
9457559927	214635295	E	2023-10-12	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-09	30									X									\$0	0%	\$0
9457559927	214635295	E	2023-10-12	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	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 que se impartan con el fin de proceder a solicitar su reposición, y entregar el carnet o el porta carnet respectivo denunciado ante las autoridades competentes al área de Recursos Humanos.
5. En ningún caso el carnet puede prestarse o dejarse en ninguna portería cuando se requiera 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: Blass F. Criado Firma: Blass F. Criado

Ciudad: Quezaltenango Fecha: 25/01/2022

Conductor

FECHA	CANTIDAD	ELEMENTO	PROYECTO	NOMBRE	FIRMA DE QUIEN REGISTRO
Mar 3	1	parafilones	LEAS	Blass Fabiano C	Blass criado
	2	camisas		Blass Fabiano C	
ago 3	2	panderos	LEAS	Blass Fabiano C	Blass criado
	2	camisas		Blass Fabiano C	
oct 28	2	Camisas	LEAS	Blass Fabiano C	Blass criado
	2	Pantalon	LEAS	Blass Fabiano C	Blass criado

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 APORTO 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 *

