

Diomar Mauricio López Peñaranda



Hoja de Vida

Soy una persona íntegra, servicial, con pensamientos alternativos y me gusta el trabajo en equipo. Sería de mi agrado trabajar en su empresa por las posibilidades de desarrollo personal y mi contribución sería el de una persona comprometida, con excelentes habilidades de comunicación y una profunda actitud de servicio y aprendizaje.

DATOS PERSONALES

NOMBRES

DIOMAR MAURICIO

APELLIDOS

LOPEZ PEÑARANDA

CEDULA DE CIUDADANIA

NO. 1.091.683.022

FECHA DE NACIMIENTO

10/11/1999

LUGAR DE NACIMIENTO

OCAÑA N.DE.S.

EDAD

20

ESTADO CIVIL

SOLTERO

DIRECCIÓN RESIDENCIAL

CRA 13 #17-271 CAMINO REAL

CELULAR

310 837 5685

EMAIL

diomardaniela@gmail.com

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIOS

Sede guayabitos
Quinto Primaria
Ocaña

SECUNDARIOS

INTEL
Bachiller Académico
Ocaña

REFERENCIAS LABORALES

ENTIDAD: *Hospital Emiro Quintero Cañizares*

CARGO: *Conductor*

JEFE INMEDIATO: *Gina Ávila*

TEL: 310 791 2825

TIEMPO: 6 MESES

Ocaña

ENTIDAD: *Centrales Eléctricas*

CARGO: *independiente*

JEFE INMEDIATO: *Silvana Meneses*

TEL: 312 517 9246

TIEMPO: 2 años

Ocaña

REFERENCIAS FAMILIARES

Diomar López Muñoz
Independiente
Tel: 320 451 6611

Aldemar Peñaranda
Cantante
Tel: 316 858 4711

REFERENCIAS PERSONALES

Yasneidy rizo
Contador publico
Tel: 317 529 6286

Douglas trigos
Independiente
Tel: 316 398 6024

Diomar López

Diomar Mauricio López Peñaranda
C.C. 1.091.683.022 de Ocaña N.De.S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.091.683.022**

LOPEZ PEÑARANDA

APELLIDOS

DIOMAR MAURICIO

NOMBRES

Diomar López

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1999**

OCAÑA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

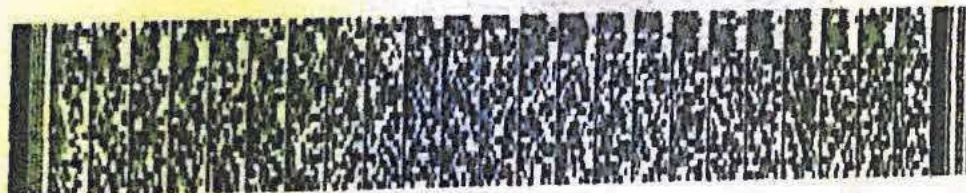
1.87
ESTATURA

B-
G.S. RH

M
SEXO

14-NOV-2017 OCAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CALINDO VACHA



P-2506100-00961168-M-1091683022-20171205

0058723397A 1

49456305 •

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 14:44:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1091683022
Código de Verificación	1091683022231025144444

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



Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1091683022

¿ Cual es la Capital de Antioquia (sin tilde)?

22

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEÑARANDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1091683022.

El ciudadano no presenta antecedentes

Privacidad - Términos

OTRAS ENTIDADES



Procuraduría General de la Nación

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750

Línea gratuita: +57 01 8000 940 808

Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808

Contáctenos: [Sede Electrónica](#): **Presente aquí sus peticiones, quejas, reclamos, solicitudes, denuncias y felicitaciones/agradecimientos (PQRSDF)**

Correo de notificaciones judiciales:

procesosjudiciales@procuraduria.gov.co este correo está destinado



EXCLUSIVAMENTE PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES Y/O
COMUNICACIONES ASOCIADAS a trámites judiciales de la Procuraduría

[Twitter](#)[Instagram](#)[Facebook](#)[Mapa del sitio](#)[Políticas de protección de datos](#)A⁻A⁺



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 11:46:43 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1091683022**.

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. **76570024**. 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**


Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 1091683022

DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEÑARANDA

FECHA DE NACIMIENTO: **10-11-1999** SANGRE: **B-**

FECHA DE EXPEDICIÓN: **01-08-2022**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR:

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR:
STRIA MOVYTT OCAÑA



8:04 p. m.

↪ Reenviado

CATEGORÍAS AUTORIZADAS

CATEGORÍA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	01-08-2032	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	01-08-2025	PÚBLICO





ESTA LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL



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

DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEÑARANDA
C.C 1.091.683.022

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 Línea

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. **1091683022 (UNO CERO NUEVE UNO SEIS OCHO TRES CERO DOS DOS)**, 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 09:04

Nota: Este documento es válido durante la fecha de expedición

Cursos De Educación Vial

Ciudad Realización Curso	Fecha Curso	Número Curso	Nombre CIA	Número Resolución	Número Comparendo	Fecha Carga	Aplicado	Archivo Curso
Ocaña - Divipo reportada 54498000	10/09/2020	35336	CIA PARA EL INFRACITOR DE TRANSITO SAS - CIAPIT S.A.S	-	54498000000027302244	10/09/2020	Curso aplicado	Descargar
Los Patios - Divipo reportada 54405000	11/02/2021	29482	CIA LOS PATIOS S.A.S	0	99999999000004637318	11/02/2021	Curso aplicado	Descargar

OTRO SI AL CONTRATO DE TRABAJO DEL 18 DE NOVIEMBR DE 2022
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



DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEÑARANDA
CC 1.091.683.022 de Ocaña (N. de S.)

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
C1091683022	LOPEZ PEÑARANDA	DIOMAR MAURICIO	18/11/2022	197240k2	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: C801367942329938320

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 10:38:40.
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:

DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEÑARANDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.091.683.022**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Noviembre del 2022.

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.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de novedad	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 13. Movilidad:
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> 14. Traslado:
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiario o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	Primer apellido: López	Segundo apellido: Penaranda	Primer nombre: Diana	Segundo nombre: Mauricio
Tipo documento de identidad	Número documento identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
	1.091.683.022	Femenino Masculino	10/09/1990	10/09/2019
43. EPS Anterior	44. Motivo del traslado	45. Caja de Compensación familiar o pagador de pensiones		

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 impiden 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 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 type="checkbox"/> 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la regularan.
<input 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 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	55. El empleador, aportante, o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
	<input type="checkbox"/>	<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.									
<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 DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio	Número de ficha	00/00/0000	00/00/0000
Código del departamento	Puntaje		
	Nivel		
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de Documento de Identidad	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 registrada y las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

ORIGINAL

F-EPSS-53

COMFAORIENTE EPS'S
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO
CCF050 - CCF050

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO
DE NOVEDADES AL SGSSS**

N° de Radicado	Fecha de Radicado
	0 0 1 1 2 9 8 2

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de familia - Beneficiario o Afiliado Adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (A registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (DEL COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA)

6. Apellidos y nombres López Primer apellido	Peñavanda Segundo apellido	Dioma Primer nombre	Mauricio Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad CC	8. Número documento identidad 1.091.683.022	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 10/11/1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población especial	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC 1.000.000	18. Residencia / Dirección Cra 13 # 17-271 Correo Electrónico Dioma.dan@comfaoriente.gov.co Localidad/Comuna Ocaña	Teléfono Fijo 5625251		Teléfono Celular 3108375685	
Municipio/Distrito Ocaña		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento Norte de Santander	

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento 01/01/1999

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

24. Apellidos y nombres completos Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento 01/01/1999
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		
32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		
Teléfono fijo y/o Celular		33. Valor de la URC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

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	

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

35. Nombre o Razón Social Transportes Especiales Nueva	36. Tipo de documento de identificación R.T.	37. Número de documento de identificación 901.056.041-3	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Cra 28 N° 86-26	Teléfono 1920895	Correo Electrónico gestionhumana@ne.com.co	Municipio/Distrito Bogotá
Departamento			

ORIGINAL

F-EPSS-53



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 DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEÑARANDA identificado(a) con CC 1091683022

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	CCFC50	COMFAORIENTE	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-10	30																		\$1,160,000	4%	\$46,400
9457559927	214635295	E	2023-10-12	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30																		\$1,160,000	16%	\$185,600
9457559927	214635295	E	2023-10-12	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-09	30																		\$1,160,000		\$0
9457559927	214635295	E	2023-10-12	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-09	30																		\$1,160,000		\$0
9457559927	214635295	E	2023-10-12	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-09	30																		\$0	0%	\$0
9457559927	214635295	E	2023-10-12	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-09	30																		\$0	0%	\$0
9457559927	214635295	E	2023-10-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30																		\$1,160,000	4.35%	\$50,500
9457559927	214635295	E	2023-10-12	CCF	CCF37	COMFANORTE	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30																		\$1,160,000	4%	\$46,400

Este certificado se expide el día 2023-10-26 a las 03:57.



DRA. MAGDA BEATRIZ TORO LEYVA
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA:	27/10/2023	CIUDAD :	OCAÑA	EMPRESA:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA
DATOS DEL EMPLEADO					
NOMBRE:	DIOMAR MAURICIO	APELLIDOS:	LOPEZ PEÑARANDA	EDAD:	23
ID N*:	1.091.683.022	CARGO:	CONDUCTOR	GENERO:	MASCULINO: <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO:

INGRESO:	PERIODICO: <input checked="" type="checkbox"/>	EGRESO:	REINTEGRO:	REUBICACIÓN:	OTRO:
EXÁMENES REALIZADOS					
<ul style="list-style-type: none">EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULARVISIOMETRIAAUDIOMETRIA					
CONCEPTO MEDICO LABORAL					
EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN EGRESO	
<input 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"/> APLAZADO HASTA VALORACIÓN CON ESPECIALISTA		<input checked="" 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			Ocupacionales		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>			HABITOS Y ESTILO DE VIDA		
TRABAJO ELÉCTRICO			X HIGIENE POSTURAL		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>			X DIETA Y EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA		
ESPACIOS CONFINADOS			X PAUSAS ACTIVAS		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>			X MEDIDAS ANTI VARICOSAS		
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS			X UTILIZACIÓN EPI		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> SUSPENDER TABAQUISMO		
CONDUCCION DE VEHICULO			<input type="checkbox"/> AYUDAS ERGONOMICAS		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>			X PROTECCIÓN SOLAR		
MANEJO DE ARMAS			X MANEJO DE CARGAS		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> REMISION: EPS <input type="checkbox"/> ARL <input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> CONTINUAR MANEJO MÉDICO EPS		

INCLUIR SVE:	VISUAL:	CARDIOVASCULAR	RESPIRATORIO:	AUDITIVO:	ERGONÓMICO:	PSICOLABORAL:
OBSERVACIONES						
CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL.						

Dra. Magda Toro Leyva
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
Lic. 13156/11

FIRMA DEL MEDICO
REGISTRO PROFESIONAL

Diomar López

FIRMA DEL PACIENTE
cc: 1.091.683.022
N* TEL: 3108375685



DRA. MAGDA BEATRIZ TORO LEYVA
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA:	27/10/2023	CIUDAD:	OCAÑA	EMPRESA:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA
DATOS DEL EMPLEADO					
NOMBRE:	DIOMAR MAURICIO	APELLIDOS:	LOPEZ PEÑARANDA	EDAD:	23
ID N*:	1.091.683.022	CARGO:	CONDUCTOR	GENERO:	MASCULINO: <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO:

INGRESO:	PERIODICO: <input checked="" type="checkbox"/>	EGRESO:	REINTEGRO:	REUBICACIÓN:	OTRO:
----------	--	---------	------------	--------------	-------

EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
- VISIOMETRIA
- AUDIOMETRIA

CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO

- ☐ SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
☐ CON RECOMENDACIÓN PARA EL CARGO
☐ CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
☐ APLAZADO HASTA VALORACIÓN CON ESPECIALISTA

EXAMEN PERIODICO

- ☒ PUEDE CONTINUAR LABORANDO
☐ PUEDE CONTINUAR LABORANDO CON RECOMENDACIONES
☐ PUEDE CONTINUAR LABORANDO CON RESTRICCIONES
☐ SE SUGIERE REUBICACIÓN

EXAMEN EGRESO

- ☐ EGRESO SATISFACTORIO
☐ NO SATISFACTORIO POR SOSPECHA DE:
☐ SECUELA ACCIDENTE DE TRABAJO
☐ ENFERMEDAD AGRAVADA POR EL TRABAJO
☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESARROLLAR

TRABAJO EN ALTURAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>
TRABAJO ELÉCTRICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>
ESPACIOS CONFINADOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>
CONDUCCION DE VEHICULO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>
MANEJO DE ARMAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>

RECOMENDACIONES

OCUPACIONALES

- ☒ HIGIENE POSTURAL
☒ PAUSAS ACTIVAS
☒ UTILIZACIÓN EPI
☐ AYUDAS ERGONOMICAS
☒ MANEJO DE CARGAS

HABITOS Y ESTILO DE VIDA

- ☒ DIETA Y EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA
☒ MEDIDAS ANTI VARICOSAS
☐ SUSPENDER TABAQUISMO
☒ PROTECCIÓN SOLAR
☐ REMISION: EPS ☐ ARL ☐
☐ CONTINUAR MANEJO MÉDICO EPS

INCLUIR SVE:	VISUAL:	CARDIOVASCULAR:	RESPIRATORIO:	AUDITIVO:	ERGONÓMICO:	PSICOLABORAL:
--------------	---------	-----------------	---------------	-----------	-------------	---------------

OBSERVACIONES

CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL.

Dra. Magda Toro Leyva
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
Lic. 13156111

FIRMA DEL MEDICO
REGISTRO PROFESIONAL

Diomar Lopez

FIRMA DEL PACIENTE
CC: 1.091.683.022
N* TEL: 3108375685

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR LA CUAL TIENE UN CARÁCTER CONFIDENCIAL
CONFORME CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 16 DE LA RESOLUCION 2346 DE 2007

CRA 13 N* 12-25 LOCAL 201 PASOS ABAJO DEL ALMACEN GRAN ANDINO. TEL: 3012592428 – 3158954782 OCAÑA N.S



EL ROSARIO OPTICA NATALIA YOCASTA RAMIREZ HERRERA

Fecha: 2023-10-27
Hora: 10:30:00

Carrera 11 # 13 - 52 Local 203

Tel: 3212321584 - Email: natyrrh@hotmail.com

HC N°: CC 1091683022

CC: 26863912 Regimen: Responsable de Iva (común)

OPTOMETRÍA

Nombre:	DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEAnARANDA	Teléfonos:	3108375685	Consulta:	944
Fecga de Nto:	1999-11-10 Edad: 23	Sexo:	hombre	Estado civil:	
Dirección:	camino real	lugar de nacimiento:		L. Reside:	OCADA
Ocupación:		Tel Acomp:		Parentesco:	
Acompañante:		Tel Resp:		Parentesco:	
Responsable:					

Aseguradora:	ANTECEDENTES	Tipo Lentes:	
Motivo Consul:	asintomatico..	N° Afiliación:	Causa Ext.: OTRA
A.F:	no refiere.		
A.P:	no refiere		
A.M:		Otros A.P:	

OJO DERECHO	REFRACTIVO	OJO IZQUIERDO
Examen Externo:	NORMAL	
RX en uso M:	no usa	
RX en uso LC:	NO USA	
AV sin RX Lej:	20/20	Cerca: 20/20
AV con RX M Lej:	N/A	Cerca: N/A
AV con RX L Lej:	N/A	Cerca: N/A
Queratometría:	42.50/43.50*180	
Refracción:	neutro	
Sub S. Ciclopeja:	N/A	N/A
Ref C. Ciclopeja:	N/A	N/A
Sub C. Ciclopeja:	N/A	N/A
RX FINAL:	X ADD: AVFL: AVFP:	

Observaciones:

ACA:	NORMAL	PPC:	NORMAL	Cover Test:	NORMAL	AFC:	NORMAL	OJO DTE:	NORMAL
------	--------	------	--------	-------------	--------	------	--------	----------	--------

SEGMENTO ANTERIOR

Motilidad Ocular:	NORMA AO		
Párpado:	NORMAL		NORMAL
Vías Lagrimales:	NORMAL		NORMAL
Sensib contraste:	N/A		N/A
Pupila:	NORMAL		NORMAL
Tipo SCH:	N/A	APL:	N/A
Tonometría:	N/A		N/A
L. Intraoculares:	N/A		N/A
Biomicroscopía:	CAMARA ANTERIO CONFORMADA NORMAL		CAMARA ANTERIO CONFORMADA NORMAL
Test Color:	NORMAL AO		
T. Estereopsis:	40" de arco		NORMAL
Resultado:	normal		

SEGMENTO POSTERIOR

Descripción:	foan	normal
--------------	------	--------

Conducta:	gafas de sol
-----------	--------------

Diagnóstico Ppal: Z711 PACIENTE SANO

Diagnóstico Rel:

Descrip Diagno:

Ultimo Control: primera vez

Próximo Control:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del diagnóstico que padezco, sus características y manifestaciones principales, los posibles tratamientos para mi recuperación y las eventuales complicaciones que se derivan de los mismos.

Firma del paciente DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEAnARANDA



EL ROSARIO
OPTICA
Hil 26.863 912-2
Cel 321 232 1584

Profesional: natalia ramirez

Reg.



AUDIOMETRÍA

FECHA: 2023-10-27

HORA: 11:06

Nombre: DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEÑARANDA

ID: 1091683022

Edad: 23 Años 11 Meses 17 Días

Sexo: M

Estado civil: S

Dirección: CRA 13 17-271 CAMINO REAL

Tel: 3108375685

Motivo de consulta: USUARIO REMITIDO PARA VALORACION DEL UMBRAL AUDITIVO

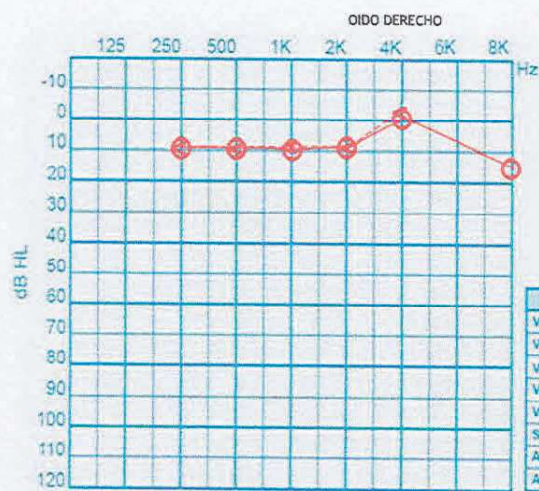
Antecedentes: NINGUNO

Otoscofia OD: SI Otoscofia OI SI

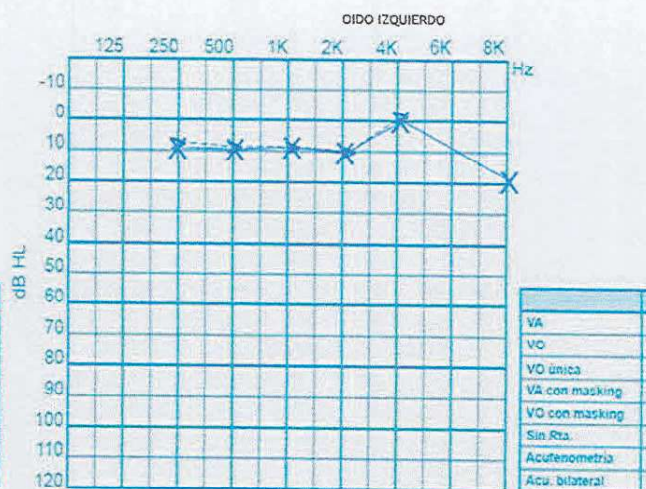
OIDO DERECHO: NORMAL

OIDO IZQUIERDO: CERUMEN

AUDIOMETRIA



PROMEDIO TONAL AUDITIVO OD: 9db



PROMEDIO TONAL AUDITIVO OI: 10db

Impresión Diagnóstica: AUDICION NORMAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z011-EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

DIAGNOSTICO RELACIONADO:

OTROS PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Sugerencia: EXAMEN PERIODICO DE LA AUDICION	

ANA ARIAS GARCIA
FONOAUDIOLOGA
T.P. 68325

ANA AMINTA ARIAS GARCIA
ESP. FONOAUDIOLOGA

CRA 13 N # 12-25 LOCAL 201 CENTRO Celular: 312 3868556 - NIT. 37318927-3

E-mail: anitarias2007@hotmail.com

Ocaña (N.S.) - Colombia



GH-FR-06

Versión:03

Página: 1 de 1

Vigencia desde: 12/08/2021

Cargo: *On Deck*

[illegible]

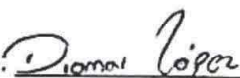
	FORMATO DE ENTREGA DE CARNET	Código: GH-FR-04
		Versión: 01
		Vigencia desde: 25/01/2018

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 respectivo denuncia ante las autoridades competentes al área de Gestión Humana.
5. En ningún caso el carnet puede prestarse o dejarse en ninguna portería cuando le 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: DIOHAR H. LOPEZ P. Firma: 

Ciudad: OLANJA Fecha: 31-10-2022

Ver resultados

Encuestado

62

Anónimo

00:39

Tiempo para
completar

1. Escriba la fecha de hoy

30/10/2023



2. NOMBRE COMPLETO *

DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEÑARANDA

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO Y NUMERO *

C.c 1091683022

4. LOS TEMAS VISTOS EN LA CAPACITACION FUERON CLAROS Y APORTAN PARA SU LABOR? CALIFIQUE *



Ver resultados

Encuestado

34 Anónimo

01:20

Tiempo para
completar

1. Indique la fecha de la capacitación *

30/10/2023



2. NOMBRE COMPLETO *

DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEÑARANDA

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 *

