

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 público
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

NUMERO **1.091.683.022**

LOPEZ PEÑARANDA

APELLIDOS

DIOMAR MAURICIO

NOMBRES

Diomar López

FIRMA



INDICE DERECHO

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

OCAÑA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

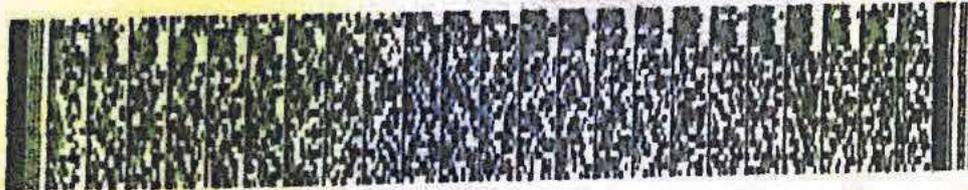
1.87
ESTATURA

B-
G.S. RH

M
SEXO

14-NOV-2017 OCAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO 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:

Número Identificación:

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

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

Contactenos: [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](#)





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 Busqueda](#)[🖨️ Imprimir](#)

Información

515 9000



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

[GOV.CO](#)


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

Nombre: DIOMAR MAURICIO LOPEZ PEÑARANDA
Fecha de nacimiento: 10-11-1999
Fecha de expedición: 01-08-2022
Sangre (gr): B-

Organismo de tránsito expedidor:
 OFICINA MOVYTTO OCAÑA

8:04 p. m.

↪ Reenviado

CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VALIDEZCA | SERVICIO |
|-----------|---|------------|------------|
| B1 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS | 01-08-2022 | PARTICULAR |
| C1 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS | 01-08-2022 | PUBLICO |

ESTA LICENCIA ES VALIDA 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 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. **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 INFRACOR DE TRANSITO SAS - CIAPIT S.A.S | - | 5449800000027302244 | 10/09/2020 | Curso aplicado | Descargar |
| Los Patios - Divipo reportada 54405000 | 11/02/2021 | 29482 | CIA LOS PATIOS S.A.S | 0 | 9999999000004637318 | 11/02/2021 | Curso aplicado | Descargar |

anterior 

**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.

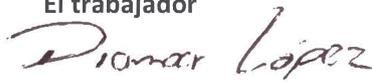
Para constancia se firma en la ciudad de Cúcuta, el 13 de septiembre de 2023.

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 <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"/> 6. Reinscripción en la EPS. <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiario 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. | <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. |
|--|---|

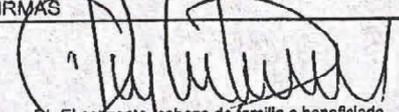
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| 41. Datos básicos de identificación | <i>López</i> Primer apellido | <i>Peñaranda</i> Segundo apellido | <i>Diana</i> Primer nombre | <i>MARTINO</i> Segundo nombre |
| Tipo documento de Identidad | <input type="text"/> | Número documento Identidad | Sexo | Fecha de nacimiento |
| | | 1.091.683.022 | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 10/07/1990 |
| 43. EPS Anterior | 44. Motivo del traslado | | 45. Caja de Compensación familiar o pagador de pensiones | |
| | Código <input type="text"/> | | | |

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 impliquen 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 requieran. <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 |
| Cantidad | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <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

| | | | |
|---|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 68. Identificación de la Entidad Territorial | 67. Datos del SISBEN | 68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de Validación |
| Código del Municipio <input type="text"/> | Número de ficha <input type="text"/> | 0 0 M A A A A A | 0 0 M M A A A A |
| Código del departamento <input type="text"/> | Puntaje <input type="text"/> | | |
| | Nivel <input type="text"/> | | |
| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/> | Número de Documento de Identidad <input type="text"/> | 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

COMFAORIENTE EPS'S
 EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO
 CCF050 - CCF50

**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"/> | 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 Lo pa Primer apellido | Peñoranda 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 checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Condición <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" 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@eagle.com.co Localidad/Comuna | 19. Municipio/Distrito Ocaña | 20. Teléfono Fijo 5625251 | 21. Teléfono Celular 3108375685 | Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> |
| Departamento Noche 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 0 0 / 0 0 / 0 0 0 0 |

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 Masculino | |
| B1 | | | 0 0 / 0 0 / 0 0 0 0 |
| B2 | | | 0 0 / 0 0 / 0 0 0 0 |
| B3 | | | 0 0 / 0 0 / 0 0 0 0 |
| B4 | | | 0 0 / 0 0 / 0 0 0 0 |
| B5 | | | 0 0 / 0 0 / 0 0 0 0 |

Datos complementarios

| | | | |
|---|----------------------|--|---------------------------|
| 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo E N M Condición T D | |
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |
| 32. Datos de Residencia Municipio/Distrito | Zona Urbana Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o Celular |
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

Selección de la IPS primaria

| | |
|---|---|
| 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
| C | |
| 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 Nit | 37. Número de documento de identificación 901.056.044-3 | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
| 39. Ubicación Cra 28 N 86-26 Dirección | Teléfono 1920895 | Correo Electrónico gestionhumana@tne.com.co | Municipio/Distrito Bozal Bogota |
| Departamento | | | |

ORIGINAL

F-EPSS-33

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: <input type="checkbox"/> |

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

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| EXÁMENES REALIZADOS | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none">• EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR• VISIOMETRIA• AUDIOMETRIA | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 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 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/> | | OCUPACIONALES | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA |
| TRABAJO ELÉCTRICO | 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 |
| ESPACIOS CONFINADOS | 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 |
| MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> UTILIZACIÓN EPI | | <input type="checkbox"/> SUSPENDER TABAQUISMO |
| CONDUCCION DE VEHICULO | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> AYUDAS ERGONOMICAS | | <input checked="" type="checkbox"/> PROTECCIÓN SOLAR |
| MANEJO DE ARMAS | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> MANEJO DE CARGAS | | <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

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



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 | 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 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/> | OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA |
| TRABAJO ELÉCTRICO | 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 |
| ESPACIOS CONFINADOS | 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 |
| MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> UTILIZACIÓN EPI | <input type="checkbox"/> SUSPENDER TABAQUISMO |
| CONDUCCION DE VEHICULO | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> AYUDAS ERGONOMICAS | <input checked="" type="checkbox"/> PROTECCIÓN SOLAR |
| MANEJO DE ARMAS | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> MANEJO DE CARGAS | <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. 13156111

FIRMA DEL MEDICO
REGISTRO PROFESIONAL

Diomar Lojano

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: natyzzhra@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. | Otros A.P: | |
| A.P: | no refiere | | |
| A.M: | | | |

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

Observaciones:

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

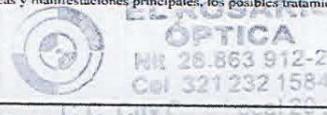
SEGMENTO ANTERIOR

| | | | |
|-------------------|----------------------------------|------|----------------------------------|
| 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 | | |
| | NORMAL | | NORMAL |
| T. Estereopsis: | 40" de arco | | |
| 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

Profesional: natalia ramirez Reg.



AUDIOMETRÍA

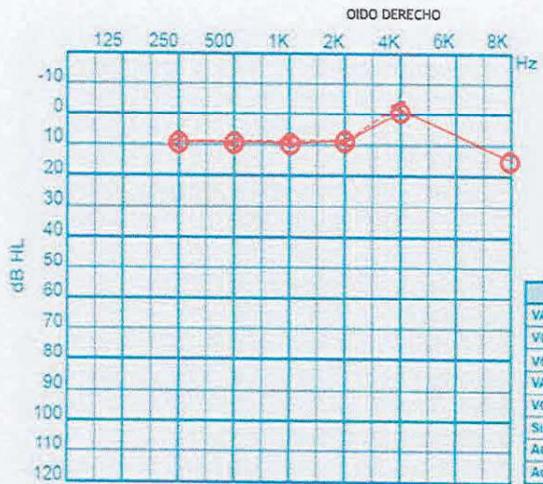
FECHA: 2023-10-27
HORA: 11:06

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

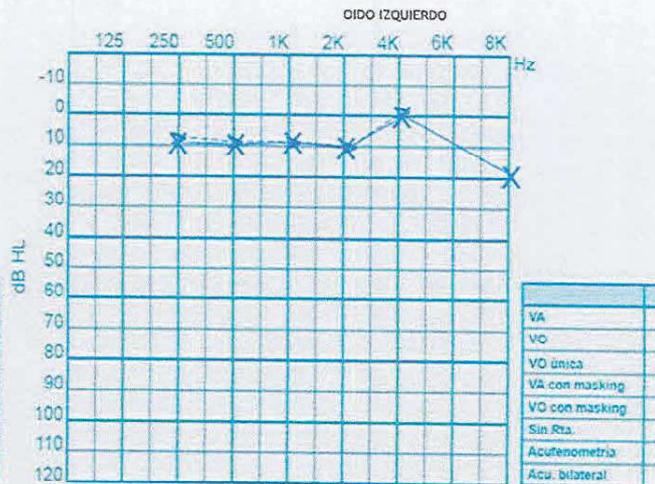
Antecedentes: NINGUNO
Otoscofia OD: SI Otoscofia OI SI
OIDO DERECHO: NORMAL
OIDO IZQUIERDO: CERUMEN

AUDIOMETRIA



| | OD | OI |
|----------------|----|----|
| VA | ○ | x |
| VO | < | > |
| VO única | | ▲ |
| VA con masking | △ | □ |
| VO con masking | | |
| Sin Rta. | ↓ | ↓ |
| Acufenometria | ▲ | ▲ |
| Acu. bilateral | ▲ | ▲ |

PROMEDIO TONAL AUDITIVO OD: 9db



| | OD | OI |
|----------------|----|----|
| VA | | |
| VO | | |
| VO única | | |
| VA con masking | | |
| VO con masking | | |
| Sin Rta. | | |
| Acufenometria | | |
| Acu. bilateral | | |

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 | |

[Signature]
ANA AMINTA ARIAS GARCIA
7.8.6825

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

| | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|
|  | 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: Diohar Lopez

Ciudad: OLANEA 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 *

