

JOAN MANUEL SATIAGO NAVARRO

HOJA DE VIDA



HOJA DE VIDA



PERFIL

Soy una persona dinámica y habituada a trabajar bajo presión en equipo o individualmente; Excelentes relaciones interpersonales. Con alto grado de responsabilidad, honestidad y laboral.

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:	JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO
FECHA DE NACIMIENTO:	13 DE FEBRERO DE 1984
LUGAR DE NACIMIENTO:	CÚCUTA (NORTE DE S)
CEDULA:	88.270.378 Cúcuta N/S
ESTADO CIVIL:	CASADO
CELULAR:	311 534 01 35

2. ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA

COL. CALAZANS

SECUNDARIA

COL. INT JUAN ATALAYA

1. REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE:

ANA VIANEY

PARENTESCO:

VELASCO

CARGO:

HERMANO

CELULAR:

INDEPENDIENTE

3215940856

NOMBRE:

DANIEL ESTEVEZ

PARENTESCO:

SUEGRO

CARGO:

CONDUCTOR

CELULAR:

3108098779

2. REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE:

EFREN RINCON

CARGO:

COMERCIANTE

CELULAR:

3138652215

NOMBRE:

JONATHAN GARCIA

CARGO:

COMERCIANTE

CELULAR:

3107833253

3. REFERENCIAS LABORALES

EMPRESA: SERVIELECTRICOS RANGEL
CARGO: ELECTRICISTA
JEFE INMEDIATO: ALVARO CARREÑO RANGEL
CELULAR: 3204224609

JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO

C.C 88.270.378 Cúcuta N/S

311 534 01 35

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
88270378

NUMERO

SANTIAGO NAVARRO

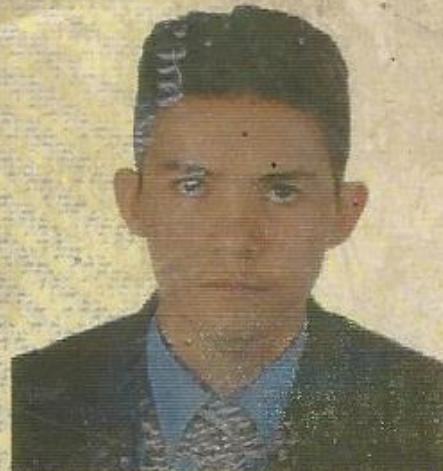
APELLIDOS

JOAN MANUEL

NOMBRES

JOAN Manuel Santiago.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

13-FEB-1984

**CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

O+

G.S. RH

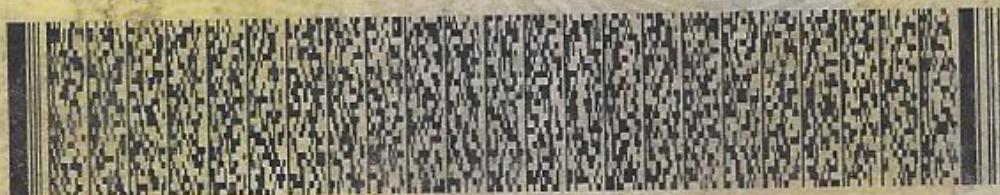
M

SEXO

14-FEB-2002 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

IVAN DUQUE ESCOBAR
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2500100-55102154-M-0088270378-20020429

0724502116B 01 130126846

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 ci

Número Identificación:

88270378

¿ Cuanto es 3 X 3 ? 

7

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 88270378.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: miércoles, enero 31, 2024 - Hora de consulta: 17:13:16

Privacidad · Términos

OTRAS ENTIDADES



Procuraduría General de la Nación



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](#)



 GOV.CO



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 31/01/2024 05:12:50 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **88270378** .

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. **83913791** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

Información

515 9000



Dios y
Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 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 31 de enero de 2024, a las 17:13:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	88270378
Código de Verificación	88270378240131171352

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

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



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB





**INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO
HUMANO**



**CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMÓVILISTA
ENSEÑAUTO RIBERO OCAÑA SAS
NIT:901093445-0**



30 de ENERO del 2024

1. SEÑALES LUMINOSAS	APROBÓ
2. SEÑALES AUDITIVAS	APROBÓ
3. SOSTENIMIENTO DE VEHICULO EN CUESTA	APROBÓ
4. SEÑALES DE TRANSITO	APROBÓ
5. DOMINIO DE PEDALES	APROBÓ
6. DOMINIO DE CAJA DE CAMBIOS	APROBÓ
7. MANIOBRAS EN RETROCESOS	APROBÓ
8. DOMINIO DE ESPEJOS	APROBÓ
9. SOSTENIMIENTO DE DIRECCION	APROBÓ
10. MANEJO DEFENSIVO	APROBÓ
11. UTILIZACION DEL CINTURON DE SEGURIDAD	APROBÓ

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO
HUMANO

CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMÓVILISTA
ENSEÑAUTO RIBERO OCAÑA SAS
NIT:901093445-0



PRUEBA Y VALORIZACION
EN TECNICAS DE CONDUCCION

FECHA: 30 DE ENERO DEL 2024.

NOMBRE JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO

CC: 88270378

TEMA: MANEJO DEFENSIVO Y PRIMEROS AUXILIOS.

*Enseñauto Ribero
Ocaña*

EVALUADO

Ezoaya Langell

EVALUADOR

Calle 10 #13-18 2do piso, el centro.
5622296 - 3178435141 - 3112524783
autoriberococa@hotmail.com

**INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO
HUMANO**



**CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMÓVILISTA
ENSEÑAUTO RIBERO OCAÑA SAS
NIT:901093445-0**



A QUIEN PUEDA INTERESAR

CENTRO DE ENSEÑANZA DE AUTOMOVILISMO ENSEÑAUTO RIBERO OCAÑA S.A.S, Resolución 0003042 22 JULIO 2019 del Ministerio de Transporte y NIT N° 901093445-0 hace constar que el señor JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO identificado con Cedula de Ciudadanía N.º 88270378 asistió y aprobó a la capacitación de MANEJO DEFENSIVO Y PRIMEROS AUXILIOS con una duración de 8 horas C/U.

Se expide en Ocaña a los 30 días del mes de ENERO del 2024.

*Enseñauto Ribero
Ocaña*

Atentamente.

ELSY ZORAYA RANGEL MORA
Represente Legal.

Calle 10 #13-18 2do piso, el centro.
5622296 - ☎ 3178435141 - 3112524783
autoriberoca@hotmail.com

Cédula: 88270378
Fecha de expedición: 31/01/2024

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 31 de enero de 2024 a las 05:14 p. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR	DOMICILIO DEL EMPLEADOR
TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS	CRA 28# 86-26 BARRIO EL POLO, BOGOTÁ DC
NOMBRE DE EL TRABAJADOR	DIRECCION DEL TRABAJADOR
JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO	CII 3 # 7-49
LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
CUCUTA (N.D.E.S), 13 DE FEBRERO DE 1984 COLOMBIANA	88.270.378 DE CUCUTA (N.D.E.S)
CARGO	SALARIO
CONDUCTOR	\$1.300.000 M/CTE
FECHA DE INICIACION LABORES	CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR
06 DE FEBRERO DE 2024	TERRITORIO NACIONAL

Entre los suscritos a saber: De una parte **OSCAR MAURICIO MORA DURÁN**, mayor y vecino de Bogotá DC, identificado como aparece al pie de su firma, quien para los efectos de este documento obra en representación de **TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS**, en adelante se denominará **EL EMPLEADOR**, por una parte y por la **JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO**, también mayor y vecino (a) de **DE CUCUTA (N.D.E.S)** identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 88.270.378 , quien para los efectos de este documento, en adelante se denominará **EL TRABAJADOR**, se ha celebrado un **CONTRATO POR TERMINO DE OBRA O LABOR DETERMINADA**, el cual se regirá por las normas sobre la materia y en especial por las siguientes cláusulas, que constituyen una ley para las partes, a saber:

PRIMERA: DEL OBJETO: EL EMPLEADOR contrata los servicios exclusivos del TRABAJADOR para que incorpore toda su capacidad de trabajo en el desempeño del cargo de **CONDUCTOR**, en el cual ejercerá las funciones inherentes a su cargo, las que hacen parte de la obra principal que el EMPLEADOR realiza en ejecución del Contrato de Obra celebrado con (**TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS**), consistente en **"(CENTRALES ELECTRICAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S E.S.P")**.

PARÁGRAFO : Es entendido que las obras objeto de este contrato se refieren a un segmento de los varios que .EL EMPLEADOR tenga que realizar a través de otras personas, y por consiguiente, ejecutada la presente labor determinada y contratada con el TRABAJADOR, éste no podrá alegar prórroga alguna o continuidad del Contrato, toda vez que como ya se dijo, tiene carácter específico y se circunscribe a una obra parcial y no a la totalidad del contrato de Obra celebrado con la **CENTRALES ELECTRICAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S E.S.P** consistente en **"(CENTRALES ELECTRICAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S E.S.P")**; salvo que de común acuerdo las partes decidan prorrogar este contrato a una nueva etapa, cuyo término será el nuevo porcentaje de la actividad que se pacte.

SEGUNDA: PLAZO - El término de duración del presente contrato será hasta que se haya ejecutado el 100% de la actividad acordada mediante el Contrato de Obra celebrado entre **EL EMPLEADOR** y **JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO**. Este contrato podrá renovarse por nuevos acuerdos o actividades, sin que su plazo inicial o cualquiera de sus prórrogas signifiquen duración hasta la ejecución total de las obras del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: PERIODO DE PRUEBA: del 5 de febrero hasta el 25 de marzo de 2024 primeros días de vigencia de este contrato contados a partir de la fecha de iniciación de labores, en la cual **EL TRABAJADOR** empieza a prestar sus servicios al **EMPLEADOR** se consideran como período de prueba y tiene por objeto, por parte del **EMPLEADOR**, apreciar las aptitudes del TRABAJADOR y por parte de éste, la conveniencia de las condiciones de trabajo. Por lo tanto, durante este **período de prueba**, cualquiera de las partes podrá terminar el contrato unilateralmente en cualquier momento, sin previo aviso.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Ejecutado el porcentaje de obra o la labor determinada, el presente contrato pierde su vigencia, por lo que **EL TRABAJADOR** no puede considerar que si por alguna circunstancia se requieren actividades adicionales para culminarlas, de manera alguna podrá reclamar prórroga o prolongación del contrato.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR

TERCERA: REMUNERACIÓN: Como contraprestación a su trabajo, mediante el cumplimiento de las obligaciones por parte del TRABAJADOR, EL EMPLEADOR dará a éste un salario mensual de **un millón trescientos mil pesos M/CTE (\$1.300.000)**, pagadero mensualmente.

PARÁGRAFO PRIMERO: APORTES EN ESPECIE QUE NO CONSTITUYEN SALARIO: Cuando **EL EMPLEADOR**, por alguna eventualidad le provea al TRABAJADOR el alojamiento, la alimentación y medios de transporte o cualquier otro auxilio en especie, se entenderá que ellos no constituyen salario, toda vez que se otorgan para facilitar su labor, y así acuerdan las partes desde ahora, en cumplimiento de lo señalado en el artículo 128 del C.S. del T modificado por el artículo 14 de la ley 50/1990 al cual se acogen.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las partes acuerdan que todo beneficio o auxilio individual, ya sea en dinero o en especie, tales como medios de comunicación (celular, radios, beeper u otros), no constituyen salario para ningún efecto laboral, ni de liquidación o reliquidación del factor prestacional, de conformidad con lo establecido en el Artículo 15 de la Ley 50 de 1990.

CUARTA: TRABAJO SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y/O FESTIVO. - Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en día domingo o festivo, **EL EMPLEADOR** o sus representantes deberán haberlo autorizado previamente y por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de el por escrito, a la mayor brevedad, al **EMPLEADOR** o a sus representantes para su aprobación.

QUINTA: DE LAS OBLIGACIONES. Son obligaciones del TRABAJADOR: a) Cumplir con el Reglamento Interno de Trabajo de **EL EMPLEADOR**; b) Cumplir estrictamente con la labor contratada; c) No atender durante las horas trabajo asuntos u ocupaciones distintas a las que requiera dicha labor, d) Realizar el trabajo que se le encomienda, con el cuidado y diligencia sin distraer la atención o desconocer las instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR**; e) Ejecutar por si mismo el trabajo acordado y convenido, procurando hacerlo dentro del término que el mismo TRABAJADOR señaló sin acudir en auxilio de terceras personas; f) Conservar y restituir en buen estado, salvo el deterioro natural los instrumentos o elementos que se le faciliten para el cumplimiento de sus labor, debiendo responder por los daños que por su culpa, negligencia o descuido sean causados en tales instrumentos o elementos; g) Comunicar al **EMPLEADOR** todo lo que llegue a su conocimiento y tenga interés o relación con **EL EMPLEADOR** o con la marcha de la misma; h) Obedecer lealmente a sus superiores; i) No presentarse embriagado al trabajo ni ingerir licores durante las horas de servicio; j) No llegar retardado al trabajo ni faltar a éste; k) Prestar sus servicios exclusivamente a favor **DEL EMPLEADOR**, razón por la cual se compromete a no celebrar contrato o contratos de trabajo con otro empleador, ni a prestar servicios a otros terceros; cuyas funciones sean similares a las que constituyen el objeto del presente contrato de trabajo.

PARÁGRAFO 1: Por razón de las funciones que desempeña el TRABAJADOR y por el hecho de desempeñar un **CARGO DE CONFIANZA Y MANEJO**, EL TRABAJADOR está excluido de la regulación sobre jornada máxima legal y deberá trabajar el número de horas necesarias para el cabal desempeño de sus funciones, por lo cual no habrá lugar al reconocimiento de horas extras cuando sobrepasen el límite legal. Ello sin perjuicio de cumplir los horarios mínimos señalados por el **EMPLEADOR**.

PARÁGRAFO 2: CONFIDENCIALIDAD. El TRABAJADOR se obliga para con el **EMPLEADOR** a no revelar, divulgar, o facilitar bajo cualquier forma, a ninguna persona física o jurídica, sea ésta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de cualquier otra persona física o jurídica, pública o privada, toda la información relacionada con el ejercicio de sus funciones, como así también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones y / o el giro comercial del **EMPLEADOR**.

El TRABAJADOR asume la obligación de confidencialidad acordada en el presente contrato laboral por un plazo igual a la vigencia del mismo y un (1) año más. La violación o el incumplimiento de la obligación de confidencialidad a cargo de EL TRABAJADOR, así como la falsedad de la información que pudiere brindar a terceros, facultará al **EMPLEADOR** para formular las denuncias correspondientes.

Las partes acuerdan que además de lo previsto en la Cláusula Séptima de este contrato, el incumplimiento de la Cláusula de Confidencialidad por parte del TRABAJADOR, dará lugar al inmediato despido con justa causa por parte del **EMPLEADOR**.

SEXTA: TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO: El presente contrato de ejecución de obra o labor determinada podrá terminarse por las siguientes causas:

- a) Por terminación de la obra o labor para lo cual fue contratado, o la sección o parte de esa obra.
- b) Por Muerte del **EMPLEADO**

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR

- c) Por Mutuo acuerdo
- d) Por liquidación definitiva de la empresa EMPLEADOR
- e) Por fuerza mayor o caso fortuito
- f) Por no regresar EL EMPLEADO a su empleo
- g) Por incapacidad de más de seis (6) días
- h) Por sentencia judicial

SÉPTIMA: JUSTAS CAUSAS PARA LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO. - Son justas causas para dar por terminado el presente contrato en forma unilateral y anticipada al vencimiento del término de ejecución arriba señalado, las siguientes: a) la violación por parte del TRABAJADOR de cualquiera de las obligaciones legales contractuales o reglamentarias b) la no asistencia puntual del TRABAJADOR sin justa causa comprobada a juicio de EL EMPLEADOR. c) el que EL TRABAJADOR llegue embriagado al lugar del trabajo o ingiera licores dentro de la obra y en horas de labor d) el que el TRABAJADOR incurra en acto u omisión que por su culpa, negligencia o descuido, ponga en peligro la seguridad de la obra o de las personas, las instalaciones, elementos y maquinaria que se encuentren en la obra, e) Que EL TRABAJADOR utilice las horas laborables contratadas por EL EMPLEADOR y las ponga al servicio de terceros f) las demás causas contendidas en el artículo 7 del decreto 2351 de 1.965.

OCTAVA: DE LA SEGURIDAD SOCIAL: EL TRABAJADOR estará obligado en caso de enfermedad o de accidente a acudir a las Entidades de Salud y Riesgos en donde se encuentra inscrito. Por consiguiente no será válida la incapacidad médica que emane de facultativos independientes y distintos de los de la EPS y ARP que le corresponda. EL EMPLEADOR se reserva el derecho de vigilar el estado de salud del trabajador. Todo lo anterior, conforme a lo señalado en el numeral 7º del artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo; la ley 776/2002 y lo dispuesto en la Ley 418 de 1997.

PARÁGRAFO: Cualquier enfermedad o incapacidad que sufra **EL TRABAJADOR** la deberá comprobar por medio de certificado expedido por la EPS a la cual se encuentre afiliado.

NOVENA. DE LOS PRÉSTAMOS Y ANTICIPOS: **EL EMPLEADOR** no está obligado a facilitarle al trabajador préstamos o anticipos sobre el salario o precio convenido. De hacerlo, en caso de una calamidad doméstica, **EL TRABAJADOR** estará obligado a firmar el correspondiente recibo, autorizando desde ahora al **EMPLEADOR** para que de su salario y prestaciones sociales sea descontada la suma que se le facilitó en calidad de préstamo.

PARÁGRAFO: En caso de ser favorecido con un préstamo o un anticipo el **TRABAJADOR** no podrá sustraerse al pago de dicha suma ni alegar pretextos para no cumplir con el pago de aquellos. Por consiguiente para ser beneficiario del préstamo o del anticipo deberá firmar un documento de solicitud donde se contemple la obligación que adquiere con el préstamo anticipo.

DÉCIMA: DE LAS ADICIONES AL CONTRATO: Todo cambio, adición o variación al presente contrato deberá constar por escrito y no podrá alegarse situación alguna que no halla sido incorporada mediante un **OTROSÍ** al texto del presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: DE LA RESIDENCIA Y DOMICILIO: **EL TRABAJADOR** estará obligado indicarle al **EMPLEADOR** el lugar de su residencia y/o cualquier otra dirección en caso de haber cambiado de lugar de habitación. EL EMPLEADOR, para todos los efectos de ley dirigirá las comunicaciones a la dirección que EL TRABAJADOR le suministró y este no podrá alegar desconocimiento de dichas comunicaciones si oportunamente no avisó el cambio.

DÉCIMA SEGUNDA: DE LA BUENA FE: El presente contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe en consonancia con lo señalado en el Código Sustantivo del Trabajo y en especial en el artículo 1º sobre principios generales.

DÉCIMA TERCERA: PERMISOS ESPECIALES Y AUSENCIAS: Cuando la esposa del TRABAJADOR o compañera permanente, haga uso del descanso en la época del parto, el esposo o compañero permanente tendrá derecho a la Licencia de paternidad de que trata el Parágrafo 1º del Artículo 236 del Código sustantivo del Trabajo modificado por la Ley 1468/2011.

Igualmente, el TRABAJADOR tendrá derecho a una licencia remunerada de cinco (5) días, en caso de fallecimiento de un familiar de los señalados en el artículo 10 de la Ley 1280 de 2009.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR

EL TRABAJADOR debe dar aviso al **EMPLEADOR** cuando por cualquier causa no pudiere concurrir al trabajo, o tuviere que abandonarlo intempestivamente, o requiere ir al médico de la EPS donde está inscrito.

DÉCIMA CUARTA: DE LOS REGLAMENTOS DE TRABAJO Y DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: EL TRABAJADOR declara conocer los Reglamentos de Trabajo e Higiene y Seguridad Industrial del **EMPLEADOR** y desde ahora se somete expresamente a sus disposiciones.

DÉCIMA QUINTA: DE LA VALIDEZ: Las partes manifiestan que no reconocen, ni reconocerán validez a estipulaciones distintas a las relacionadas con el presente contrato, el cual constituye el acuerdo completo y total acerca de su objetivo, y cualquier modificación a las mismas se hará constar por escrito y harán parte integral de este mismo texto contractual.

DÉCIMA SEXTA: VIGENCIA: El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal celebrado entre las partes con anterioridad si lo hubiere.

PARÁGRAFO: EL TRABAJADOR, en razón de las obras que ejecute no podrá alegar vínculo laboral con la entidad que contrató la ejecución del Contrato, toda vez que la responsabilidad recae únicamente en **EL EMPLEADOR**.

DÉCIMA SÉPTIMA: - EXAMEN MÉDICO DE RETIRO. A la terminación del Contrato, en los casos en que **EL EMPLEADOR** estuviere obligado a ello, dará orden a su médico para que practique al TRABAJADOR examen médico de retiro, para lo cual se requiere que se presente personalmente a las oficinas de **EL EMPLEADOR** con el fin de retirar dicha orden, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de terminación del Contrato. Se entiende que **EL TRABAJADOR** por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen si no se presenta a las oficinas de la Empresa y luego donde el médico respectivo, dentro del término indicado o si imposibilitado para presentarse o no poder salir a la calle, impidiera dentro del mismo lapso el acceso al médico al lugar donde se encuentre recluido, en estos supuestos **EL EMPLEADOR** quedará exento de las obligaciones que pudiere derivarse del estado de salud DEL TRABAJADOR, así como el pago de la indemnización a que se refiere el Art. 57 numeral 7º del Código Sustantivo del Trabajo.

DÉCIMA OCTAVA: - DE LA RESTITUCIÓN DE LOS ELEMENTOS: Al momento de la terminación del contrato **EL TRABAJADOR** se obliga para con **EL EMPLEADOR** a hacer entrega por inventario de todos los elementos, equipos y herramientas que le hayan sido facilitados para el ejercicio de sus labores durante la vigencia del mismo. Si se presentare algún faltante, o por cualquier circunstancia **EL TRABAJADOR** no entregare alguno de los elementos de que trata la cláusula anterior, será responsable de su valor y desde ahora **SE COMPROMETE** para con la empresa, a pagar su valor que podrá descontarlo de la suma que le salga a deber el empleador que supere el salario mínimo legal mensual o el monto de la suma declarada inembargable por la ley (Ley 1429 de 2.010).

DÉCIMA NOVENA: - Sí por cualquier circunstancia **EL TRABAJADOR** no entregare los equipos o los elementos de que trata la cláusula anterior, será responsable de su valor y desde ahora autoriza a la Empresa para que del valor de sus salarios y prestaciones sociales le descuente la suma que salga a deber por dicha omisión.

VIGÉSIMA. - Para todos los efectos legales las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Bogotá DC., sede del Empleador aunque las obras a desempeñar por **EL TRABAJADOR** se desarrollen en los municipios entregados en la lista de actividades del departamento del Norte de Santander

En constancia se firma en Cúcuta, a los seis días (06) de Febrero de 2024, en dos (2) ejemplares de igual tenor.

El empleador:



TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS.
NIT:901056044-3

JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO
cc 88.270.378 DE CUCUTA (N.D.E.S)
El trabajador

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO** identificado con cédula de ciudadanía No. **88.270.378 de Cucuta (N.de.S)**. autorizo a; **TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA S.A.S.** con NIT: 901.056.044-3, a descontar de mi salario y liquidación según corresponda cuando se presente el caso, cualquiera de los siguientes rubros:

1. PARTES, COMPARENDOS, MULTAS, FOTOMULTAS, que sean cargadas a la empresa, por las infracciones de tránsito que llegase a cometer en la ejecución de la operación del vehículo a cargo de mi persona.
2. DAÑOS AL VEHÍCULO, toda afectación al bien automotor que se presente en la operación del vehículo a mi cargo y fuera de esta, si en todo momento el vehículo a cargo mío ha estado en mi custodia.
3. GASTOS DE CAJA MENOR asignados que no estén legalizados con recibos soportes autorizados.

También declaro y soy consciente de los riesgos viales a los que estoy expuesto al igual que el de las personas que están en mi entorno, en especial cuando estoy operando el vehículo. Tengo claro que la actividad que desempeño es riesgo IV y que es catalogada de alto riesgo, por lo cual debo respetar las normas de tránsito y practicar siempre maniobras de conducción segura, para prevenir cualquier accidente o incidente.

Debido al cargo que desempeño sé que, si soy reincidente en infringir el CÓDIGO NACIONAL DE TRÁNSITO o no tengo acuerdo de pago vigente y sin mora, o que el vehículo automotor asignado a mi persona sufra cualquier daño, si es repetitivo, será causal de DESPIDO CON JUSTA CAUSA.

Lo anterior tendrá vigencia durante toda la existencia del contrato de trabajo hasta que este se extinga.

De lo anterior firman en constancia a los seis días (06) del mes de febrero de 2024.

NOMBRE JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO

FIRMA



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

COMFAORIENTE EPS'S

CCFC50
NIT 890500675-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Solicitud 73439	Fecha de Solicitud 2 de Febrero de 2024 a las 14:46
---------------------------	--

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite AFILIACIÓN	2. Tipo de Afiliación INDIVIDUAL	3. Régimen CONTRIBUTIVO
4. Tipo de Afiliado COTIZANTE	5. Tipo de Cotizante Dependiente	Código (a registrar por la EPS) CCFC50

A. AFILIACIÓN

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

Datos personales

6. Apellidos y Nombres SANTIAGO	Primer apellido Primer apellido	NAVARRO	Segundo apellido Segundo apellido	JOAN	Primer nombre Primer nombre	MANUEL	Segundo nombre Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad CC	8. Número documento de identidad 88270378		9. Sexo M	10. Fecha de nacimiento 13 de Febrero de 1984			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia Sin Etnia	12. Discapacidad Tipo	13. SISBÉN Ficha 32400	14. Grupo de población especial 5.Poblacion con SISBEN
15. Administradora de Riesgos Laborales (ARL) ARL Sura	16. Administradora de Pensiones None	17. Ingreso base de cotización (IBC) 1300000	
18. Residencia (dirección) MANZ 10 G LOTE 1J MARIA PAULA - CAMPO DOS	Teléfono fijo 5793073	Teléfono celular 3115340135	Correo electrónico variedadesleonora3@gmail.com
Municipio/Distrito CUCUTA	Zona Urbana - Cabecera Municipal	Localidad/Comuna	Departamento NORTE DE SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento

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 XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
25. Tipo documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
B1 XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición
B1 XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	33. Valor de la UPC del afiliado adicional Teléfono fijo y/o celular
B1 XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX

Selección de la IPS Primaria

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN 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 ERA SAS	36. Tipo de documento de identificación NI	37. Número documento de identificación 901056044	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) Empleador
39. Ubicación CRA.28 NO.86-26 Dirección	7920895 Teléfono	GESTIONHUMANA@TNE.COM.CO Correo electrónico	BOGOTA, D.C. Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		42. Datos de afiliación		43. EPS anterior		44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			
SANTIAGO Primer apellido NAVARRO		JOAN Segundo apellido Primer nombre MANUEL		Segundo nombre		Sexo M		Fecha de nacimiento 13 de Febrero de 1984		Fecha 2 de Febrero de 2024	
Tipo documento de identidad CC		Número documento de identidad 88270378									
						Código					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- | |
|--|
| 46. <input type="checkbox"/> Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales |
| 47. <input type="checkbox"/> Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción |
| 48. <input type="checkbox"/> Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios |
| 49. <input type="checkbox"/> Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud |
| 50. <input type="checkbox"/> Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales |
| 51. <input type="checkbox"/> 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran |
| 52. <input type="checkbox"/> Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 |
| 53. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Anexo copia del documento de identidad |
| 57. <input type="checkbox"/> Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente |
| 58. <input type="checkbox"/> Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital |
| 59. <input type="checkbox"/> Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital |
| 60. <input type="checkbox"/> Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor |
| 61. <input type="checkbox"/> Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia |
| 62. <input type="checkbox"/> 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 |
| 63. <input type="checkbox"/> Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud |
| 64. <input type="checkbox"/> Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| 65. <input type="checkbox"/> 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 Cód. Municipio	67. Datos del SISBÉN Cód. Departamento	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Ficha Nivel Puntaje			
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad	
		71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES

Ingreso a Transportes Especiales

Medellín, 02 de February de 2024

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.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000003349	OPERATIVO ORIENTE- NORTE DE SANTANDER			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35 %	
C88270378	SANTIAGO NAVARRO JOAN MANUEL	06/02/2024		22526041	DEPENDIENTE	POR INICIAR
null						

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 02/02/2024 15:08:05 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

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

Dirección IP: 190.27.181.116, 192.230.104.3, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANTIAGO NAVARRO JOAN MANUEL** identificado(a) con **CC** número **88.270.378** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 02 de marzo de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de febrero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024020116061



FECHA 01/02/2024 HORA 08:51:27

CUCUTA - NORTE DE SANTANDER

EMPRESA 901056044-3 TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS			
NOMBRE JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO			
CC : 88270378 DE CUCUTA			
DIRECCION CL 21 11-18 BRR LA ESPERANZA TIBU			
CELULAR 3123078859	EDAD 18	GENERO M RH 0+	
CARGO CONDUCTOR			
AFP PROTECCION	ARL	EPS COMFAORIENTE	

EXAMENES MEDICOS : EXAMEN FÍSICO COMPLETO, TAMIZAJE VISUAL, SISTEMA CARDIOPULMONAR, PRUEBAS DE COORDINACIÓN, EXPLORACIÓN DIRIGIDA POR MANIOBRAS INDIVIDUALES DE CADA EXTREMIDAD Y DE CADA MÚSCULO (CUELLO, HOMBROS, MUÑECA, MANOS, TRONCO, CADERA, RODILLA, TOBILLO, PIES) PRUEBA PARA TÚNEL DEL CARPO, PRUEBA PARA TENDINITIS, TENOSINOVITIS Y TRASTORNOS DE HOMBRO, PRUEBAS DINÁMICAS DE COLUMNA, EXPLORACIÓN DE ARCOS DE MOVILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS, EXPLORACIÓN DE ALTERACIONES DE PIEL Y VARICES, EXPLORACIÓN DE HERNIAS.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la

OTROS EXAMENES :

AUDIOMETRIA NO	OPTOMETRIA NO	ESPIROMETRIA NO	PSICOLOGIA NO
RX TORAX NO	RX COLUMNA NO	RX PIES NO	ECOGRAFIA NO
C. MOTRIZ NO	PSICOSENSOMETRICA SI	ELECTROCARDIOGRAMA NO	

LABORATORIO : POOL DE DROGAS 5 DROGAS,

CONCEPTO DE APTITUD : SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES : USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DISEÑO ERGONOMICO PUESTO DE TRABAJO, CAPACITACION EN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD.

INGRESA AL SVE N/A

CONSTANCIA

Certifico que toda la información suministrada en este documento es verdadera y no oculte información sobre mi estado de salud, enfermedad laboral y/o accidente de trabajo presentados antes de este examen.

MAYRA ALEJANDRA LAGOS PEREZ
REGISTRO MEDICO 1127047631
LICENCIA S.O. 000525

JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO
CC : 88270378



LABORATORIO CLINICO

FECHA 01/02/2024

EMPRESA 901056044-3 TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

NOMBRE JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO

CC : 88270378 DE CUCUTA

GENERO M

EDAD 18 F. NACIMIENTO 06/01/2006 LUGAR

DIRECCION CL 21 11-18 BRR LA ESPERANZA TIBU

TELEFONO CELULAR 3123078859 CARGO CONDUCTOR

PESO 69 TALLA 165 I.M.C. 25.3

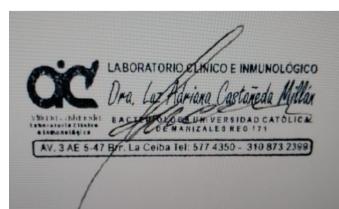


EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
--------	-----------	----------	-----------------------

INMUNOLOGIA

POOL DE DROGAS 5 DROGAS

COCAINA	NO REACTIVO	ng/ml	POSITIVO MAYOR 300 ng/ml
MARIHUANA	NO REACTIVO	ng/ml	POSITIVO MAYOR 50 ng/ml
OPIACEOS	NO REACTIVO	ng/ml	POSITIVO MAYOR 2000 ng/ml
ANFETAMINAS	NO REACTIVO	ng/ml	POSITIVO MAYOR 300 ng/ml
BENZODIAZEPINAS	NO REACTIVO	ng/ml	POSITIVO MAYOR 1000 ng/ml



DRA. LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
REGISTRO 171

JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO
CC : 88270378



HISTORIA CLINICA

CRC MEDICARR S.A.S NIT 900.707.242-6

Resolución Mintransporte MT-0003324-2014/11/05

Registro IPS 5400102263-01 de 19/03/2014

Dirección: Calle 16N 5-74 CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER Tel: 579 00 33

No. SV 23813

Pruebas realizadas bajo los parametros de la Resolución 1565 del 06/06/2014 del Ministerio de Transporte

Documento Nombre
CC 88270378 JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO

Dirección Telefones
BARRIO LA ESPERANZA 0 - 3123078859

Estado	Fecha Examen	Tipo Examen
Cumple	2024/02/01	Ingreso

Indice
Izquierdo



Indice
Derecho

RESULTADOS POR AREA

Fonoaudiologia NELSON EDUARDO RIVERA GAR CC 88274191 R.M. 4247

EL USUARIO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL ANEXO 1 DE LA RESOLUCION 0217 DE 2014 Y RESOLUCION 30355 DE 2022 SIN ADAPTACIONES. PRESENTANDO PTA DENTRO DE NORMALIDAD.



Optometria WILLIAM JAVIER ANTOLINEZ ALB CC 1234092875 R.M. 2055

Cumple sin restricción según la Resolución 0217 del 31 de enero de 2014. Nota importante: aspirante presenta alteración al color, solo puede conducir categoría particular A2,B1, se advierte mayor riesgos de accidentes.



Psicologia LEIDY DANIELA JAIMES RAMIREZ CC 1090497224 R.M. 196845

CUMPLE SIN RESTRICCIÓN SEGUN LA RESOLUCION 0217 DEL 31 DE ENERO DEL 2014.



Medico General WUILMAR IVAN FONSECA ORTE CC 88034488 R.M. 54-3071

CUMPLE LOS REQUISITOS DEL ANEXO I DE LA RESOLUCION 0217 DEL 31 DE ENERO DE 2014. PACIENTE NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES DE PATOLOGIAS CRONICAS. EXAMEN FISICO Y SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.



El suscrito profesional certificador, basado en la evaluación médica realizada por los especialistas del centro de reconocimiento de conductores, institución prestadora de Servicios de Salud, autorizada por el ministerio de transporte para la evaluación y certificación de conductores bajo los parámetros de la resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y sus anexos CERTIFICA que el aspirante solicitó ser evaluado de acuerdo con los parámetros exigidos por el Ministerio de Transporte en su resolución 217 del 31 de Enero de 2014 para tramitar su licencia de conducción bajo las características arriba anotadas.

Firma del Evaluado

Declaro bajo la gravedad de juramento, que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponden estrictamente y están apegadas a la verdad

Firma Certificador

Fecha Certificación: 2024-02-01 11:33:51

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOSENSOMETRICA

CRC MEDICARR S.A.S Nit 900.707.242-6

Dirección: Calle 16N 5-74 CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER Tel: 579 00 33

Registro IPS 5400102263-01 de 19/03/2014 Resolución Mintransporte MT-0003324-2014/11/05

No. **SV 23813**

Pruebas realizadas bajo los parámetros de la Resolución 1565 del 06/06/2014 del Ministerio de Transporte

Documento **CC 88270378** Nombre **JOAN MANUEL SANTIAGO NAVARRO**

Dirección **BARRIO LA ESPERANZA** Teléfonos **0 - 3123078859**

TRAMITES

Trámite	Estado	Fecha Examen	Categoría	Reg RUNT
NO APLICA	Cumple	2024/02/01	0	

Indice Izquierdo

Indice Derecho



RESULTADOS POR AREA

Fonoaudiología NELSON EDUARDO RIVERA GAR CC 88274191 R.M. 4247

EL USUARIO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL ANEXO 1 DE LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014 Y RESOLUCIÓN 30355 DE 2022 SIN ADAPTACIONES. PRESENTANDO PTA DENTRO DE NORMALIDAD.



Optometría WILLIAM JAVIER ANTOLINEZ ALB CC 1234092875 R.M. 2055

Cumple sin restricción según la Resolución 0217 del 31 de enero de 2014. Nota importante: aspirante presenta alteración al color, solo puede conducir categoría particular A2,B1, se advierte mayor riesgos de accidentes.



Psicología LEIDY DANIELA JAIMES RAMIREZ CC 1090497224 R.M. 196845

CUMPLE SIN RESTRICCION SEGUN LA RESOLUCION 0217 DEL 31 DE ENERO DEL 2014.



Medico General WUILMAR IVAN FONSECA ORTE CC 88034488 R.M. 54-3071

CUMPLE LOS REQUISITOS DEL ANEXO I DE LA RESOLUCIÓN 0217 DEL 31 DE ENERO DE 2014. PACIENTE NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES DE PATOLOGIAS CRONICAS. EXAMEN FISICO Y SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.



El suscrito profesional certificador, basado en la evaluación médica realizada por los especialistas del centro de reconocimiento de conductores, institución prestadora de Servicios de Salud, autorizada por el ministerio de transporte para la evaluación y certificación de conductores bajo los parámetros de la resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y sus anexos CERTIFICA que el aspirante solicitó ser evaluado de acuerdo con los parámetros exigidos por el Ministerio de Transporte en su resolución 217 del 31 de Enero de 2014 para tramitar su licencia de conducción bajo las características arriba anotadas.

Firma del Evaluado

Firma Certificador

Declaro bajo la gravedad de juramento, que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponden estrictamente y están apegadas a la verdad

Fecha Certificación: 2024-02-01 11:33:51

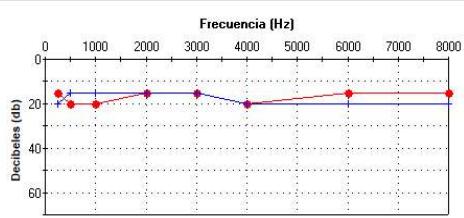
Fonoaudiología

Médico: CC 88274191 NELSON EDUARDO RIVERA GARCIA- R.M. 4247

Fecha Examen: 1/02/2024 9:39:57 a. m. Estado: Terminado

Aprobación: Cumple

EL USUARIO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL ANEXO 1 DE LA RESOLUCION 0217 DE 2014 Y RESOLUCION 30355 DE 2022 SIN ADAPTACIONES. PRESENTANDO PTA DENTRO DE NORMALIDAD.



2.1 Agudeza auditiva

Prueba	Frecuencia	OD	OI
250 Hz	250	15	20
500 Hz	500	20	15
1000 Hz	1000	20	15
2000 Hz	2000	15	15
3000 Hz	3000	15	15
4000 Hz	4000	20	20
6000 Hz	6000	15	20
8000 Hz	8000	15	20

Medico General

Médico: CC 88034488 WUILMAR IVAN FONSECA ORTEGA- R.M. 54-3071

Fecha Examen: 1/02/2024 9:49:25 a. m. Estado: Terminado

Aprobación: Cumple

CUMPLE LOS REQUISITOS DEL ANEXO I DE LA RESOLUCION 0217 DEL 31 DE ENERO DE 2014. PACIENTE NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES DE PATOLOGIAS CRONICAS. EXAMEN FISICO Y SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

	Prueba	Valor	Aceptación
3. SISTEMA LOCOMOTOR			
3.1 Motilidad	Motilidad	NORMAL	NORMAL
3.2 Afecciones o anomalías progresivas	Afecciones o anomalías progresivas	NO	NO
3.3 Talla	Talla	165	NA
4. SISTEMA CARDIOVASCULAR			
4.1 Insuficiencia Cardiaca	Cardiopatía	NO	NO
4.1 Insuficiencia Cardiaca	Insuficiencia cardiaca	NO	NO
4.2 Trastornos del ritmo	Alteración ritmo	NO	NO
4.2 Trastornos del ritmo	Arritmia	NO	NO
4.2 Trastornos del ritmo	Protésis	NO	NO
4.3 Marcas y desfibrilador	Desfibrilador automático implantable	NO	NO
4.3 Marcas y desfibrilador	Marcas implantables	NO	NO
4.4 Prótesis valvulares cardíacas	Prótesis valvulares cardíacas	NO	NO
4.5 Cardiopatía isquémica	Cirugía Revascularización	NO	NO
4.5 Cardiopatía isquémica	Infarto Miocardio	NO	NO
4.5 Cardiopatía isquémica	Otras Cardiopatías Isquémicas	NO	NO
4.6 Hipertensión Arterial	Hipertensión Arterial	NO	NO
4.7 Aneurismas de grandes vasos	Aneurismas de grandes vasos	NO	NO
4.8 Arteriopatías periféricas	Arteriopatías periféricas	NO	NO
5. TRASTORNOS HEMATOLOGICOS			
5.1 Procesos onco-hematológicos	Trastornos onco-hematológicos	NO	NO
5.2 Trastornos no onco-hematológicos	Trastornos no onco-hematológicos	NO	NO
6. SISTEMA RENAL			
6.1 Neuropatías	Neuropatías	NO	NO
6.2 Trasplante Renal	Trasplante Renal	NO	NO
7. SISTEMA RESPIRATORIO			
7.1 Disnea	Disnea	NO	NO
7.2 Trastornos del sueño	Trastornos del sueño	NO	NO
7.3 Otras afecciones	Otras afecciones	NO	NO
8. ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS			
8.1 Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	NO	NO
8.2 Cuadros de hipoglucemia	Cuadros de hipoglucemia	NO	NO
8.3 Enfermedades tiroideas	Enfermedades tiroideas	NO	NO
8.4 Enfermedades paratiroides	Enfermedades paratiroides	NO	NO
8.5 Enfermedades adrenales	Enfermedades adrenales	NO	NO
9. SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR			
9.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico	Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico	NO	NO
9.2 Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías	Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías	NO	NO
9.3 Alteraciones del equilibrio	Alteraciones del equilibrio	NO	NO
9.4 Trastornos musculares	Trastornos musculares	NO	NO
9.5 Accidente isquémico transitorio	Accidente isquémico transitorio	NO	NO
9.6 Accidentes isquémicos recurrentes	Accidentes isquémicos recurrentes	NO	NO
GENERAL			
GENERAL	Cirugías	NO	NA
GENERAL	Fracturas	NO	NA
GENERAL	Frecuencia Cardiaca	75	NA
GENERAL	Frecuencia Respiratoria	18	
GENERAL	Peso	71	NA
GENERAL	Tensión Arterial	110/70	NA
GENERAL	Traumas	NO	NA
OTRAS CAUSAS			
OTRAS CAUSAS	Otras causas no especificadas	NO	NA

Optometría

Médico: CC 1234092875 WILLIAM JAVIER ANTOLINEZ ALBARRACIN- R.M. 2055

Fecha Examen: 1/02/2024 9:31:29 a. m. Estado: Terminado

Aprobación: Cumple

Cumple sin restricción según la Resolución 0217 del 31 de enero de 2014. Nota importante: aspirante presenta alteración al color, solo puede conducir categoría particular A2,B1 , se advierte mayor riesgo de accidentes.

Prueba Aceptación OD OI

1.1 Agudeza Visual

Agudeza Visual Cercana Monocular	20/20 a 20/30	20/20	20/20
Agudeza Visual Cercana Binocular	20/20 a 20/30	20/20	
Agudeza Visual Lejana Monocular	20/20 a 20/30	20/20	20/20
Agudeza Visual Lejana Binocular	20/20 a 20/30	20/20	

1.2 Campo Visual

Campo Visual Binocular Horizontal	G1>=60 G2>=70	85	85
Campo Visual Binocular Vertical	>=70	70	70

1.3 Afaquias y pseudoafaquias

Afaquias y pseudoafaquias	NORMAL	NORMA L	NORMA L
---------------------------	--------	---------	---------

1.4 Sentido Luminoso

Recuperación Estrés Luminoso	SI	SI
Recuperación al encandilamiento	Menor o = 5	3 o menos
Sensibilidad al contraste	10% a 30%	10%

1.5 Motilidad Palpebral

Ptosis y Logoftalmias	NORMAL	NORMA L	NORMA L
-----------------------	--------	---------	---------

1.6 Motilidad del globo ocular

Esteroagudeza	G1>=60% G2>=80%	85%
Phoria Lateral	4 a 6	4
Phoria Vertical	4 a 6	5

1.6 Nistagmus y otros defectos

Otros Defectos	NO - Sin Afectar	NO
----------------	------------------	----

1.7 Discriminación de Colores

Discriminación de Colores Azul Violeta	Policromia 3 Colores	2
--	----------------------	---

Discriminación de Colores Rojo Verde	Policromia 3 Colores	2
--------------------------------------	----------------------	---

Psicología

Médico: CC 1090497224 LEIDY DANIELA JAIMES RAMIREZ- R.M. 196845

Fecha Examen: 1/02/2024 9:16:06 a. m. Estado: Terminado

Aprobación: Cumple

CUMPLE SIN RESTRICCIÓN SEGUN LA RESOLUCION 0217 DEL 31 DE ENERO DEL 2014.

Prueba Valor Aceptación

12.3 Tiempo de reacciones multiples, acelerado y frenado

Acelerado y Frenado-Tiempo Medio de Respuesta	43	0 a 43
Reacciones Multiples-Número de errores	1	0 a 11
Reacciones Multiples-Tiempo Medio de Respuesta	121	0 a 167

12.3 Resistencia a la monotonía

Resistencia a Monotonía-Número de errores	1	0 a 8
Resistencia a Monotonía-Tiempo Medio de Respuesta	91	0 a 91

12.2 Coordinación viso-motora y Coordinación Integral Motriz

Coordinación Visomotora e Integral Motriz-Número de errores	112	0 a 131
Coordinación Visomotora e Integral Motriz-Tiempo en Error	2154	0 a 9227

12.1 Estimación del Movimiento

Estimación del Movimiento-Velocidad de Anticipación	47	0 a 55
---	----	--------

11.4 a 11.7 Consumo o dependencia de medicamentos

Consumo o dependencia de medicamentos	NO	NO
---------------------------------------	----	----

11.4 a 11.7 Consumo o dependencia de drogas psicoactivas

Consumo o dependencia de drogas psicoactivas	NO	NO
--	----	----

11.1 a 11.3 Consumo de Alcohol

Consumo de alcohol	NO	NO
--------------------	----	----

10.9 Trastornos del desarrollo intelectual

Trastornos del desarrollo intelectual	70	>=70
---------------------------------------	----	------

10.9 a 10.1 - 12.4 Trastorno del desarrollo intelectual, déficit de atención y comportamiento perturbador e inteligencia práctica

Desarrollo de la prueba	Buena	Diferente a Deficiente
Disposición frente a la prueba	Buena	Diferente a Deficiente
Manejo del equipo	Buena	Diferente a Deficiente

10.6 Trastornos del sueño de origen diferente del respiratorio

Trastornos del sueño	0	0 a 3
----------------------	---	-------

10.1 a 10.11

Agitación	0	0 a 3
Fuerza del Yo	0	0 a 3
Hipocondria	0	0 a 2
Neuroticismo	0	0 a 3
Paranoidismo	0	0 a 1
Predisposición al suicidio	0	0 a 1
Psicastería	0	0 a 3

tne TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA	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 imparten con el fin de proceder a solicitar su reposición, y entregar el respectivo denuncio 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: Joan Manuel Salas Firma: Joan Manuel Santiago

Ciudad: Guayaquil (Ecuador) Fecha: 01/02/2024



ENTREGA DE DOTACION, EPP Y ELEMENTOS ADICIONALES

GH-FR-06

Version:03

Fecha: 12/08/2021

Nombre: José Manuel Santiago Número:
Cargo: CONDUCTOR

Ver resultados

Encuestado

100 Anónimo

02:00

Tiempo para
completar

1. Indique la fecha de la capacitación *

01/02/2024



2. NOMBRE COMPLETO *

Joan Manuel Santiago Navarro

3. PROYECTO AL QUE PRESTA SERVICIO *

CENS epm

4. TEMA VISTO EN LA CAPACITACION *

Manejo de residuos y desechos automotrices

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



Ver resultados

Encuestado

99

Anónimo

01:00

Tiempo para
completar

1. Escriba la fecha de hoy

01/02/2024



2. NOMBRE COMPLETO *

Joan Manuel Santiago Navarro

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO Y NUMERO *

C.C 88270378

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

