7. PARQUE URBANIZACION LA ESTANCIA
COD. 19-484

GEOPAV LTDA.
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

DENSIDAD DE CAMPO ENSAYO PARA DETERMINAR LA DENSIDAD DE LOS SUELOS EN EL CAMPO POR EL MÈTODO DE DENSIMETRO NUCLEAR
(I.N.V.E. - 147 - 13)

CODIGO:	RDAG-13-01
VERSION:	13-01
O.T.N°:	N/A
REF:	3-499

PROYECTO: Parque 19 - 484 SECTOR: 19/01/2021

DESCRIPCION: FECHA: 6/01/21

ORDENADO POR: Consorcio Obras

ABSCISA	TIPO DE MATERIAL	CAPA N°	COSTADO			PROCTOR		REVISION		HUMEDAD DE CAMPO %	PROFUNDIDAD CM	OBSERVACIONES
			IZQ	EJE	DER	DENSIDAD OPTIMA	HUMEDAD OPTIMA %	DENSIDAD SECA	COMPACTACION %			
Zona de Juegos	B400	Unica		1		1887	9.8	2009	106.3	6.2	15cm	
Zona de Juegos	B400	Unica		1		1889	9.3	2039	107.5	6.9	15cm	

GEOPAV LTDA.
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

DENSIDAD DE CAMPO ENSAYO PARA DETERMINAR LA DENSIDAD DE LOS SUELOS EN EL CAMPO POR EL MÉTODO DE DENSIMETRO NUCLEAR
(I.N.V.E. - 147 - 13)

CODIGO	RDAG-13-01
VERSION:	13-01
O.T.N°:	N/A
REF	3-129

PROYECTO: Parque 19 - 484 SECTOR: la estancia

DESCRIPCION: FECHA: 29/01/2021

ORDENADO POR: Ingenieria Obra

ABSCISA	TIPO DE MATERIAL	CAPA N°	COSTADO IZQ	COSTADO EJE	COSTADO DER	PROCTOR DENSIDAD OPTIMA	PROCTOR HUMEDAD OPTIMA %	REVISION DENSIDAD SECA	REVISION COMPACTACION %	HUMEDAD DE CAMPO %	PROFUNDIDAD CM	OBSERVACIONES
Zona de juegos	B600	Unica		2		1976	15.1	2067	104.6	5.7	15cm	
Zona de juegos	B600	Unica		1		1976	15.1	2052	103.9	3.1	15cm	

OBSERVACIONES

JOHNNY PIRACOCA	80143676 JAMES MUÑOZ
REALIZO	REVISO

Dirección: Carrera 129 No.23-48 - Teléfono: 2988836 - 2879240 - cel: 3105502531 - 3112812370 - 3212551648 - e-mail: geopavltda@gmail.com - geopavltdadirecciontecnica@gmail.com - Bogotá D.C. - Colombia.

ETAPA 4

1. PARQUE BARRIO ISMAEL PERDOMO COD. 19-028

GEOPAV LTDA.
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

DENSIDAD DE CAMPO ENSAYO PARA DETERMINAR LA DENSIDAD DE LOS SUELOS EN EL CAMPO POR EL MÉTODO DE DENSIMETRO NUCLEAR
(I.N.V.E. - 147 - 13)

CODIGO:	RDAO-13-01
VERSION:	13-01
O.T.#:	778
REF:	3-656

PROYECTO: Parque 19-078
DESCRIPCION:
ORDENADO POR: Consorcio Opaco
SECTOR: Cuchas Exclusive
FECHA: 23/02/2021

ABSCISA	TIPO DE MATERIAL	CAPA. N°	COSTADO			PROCTOR		REVISION		HUMEDAD DE CAMPO %	PROFUNDIDAD CM	OBSERVACIONES
			IZQ	E./E	DER	DENSIDAD OPTIMA	HUMEDAD OPTIMA %	DENSIDAD SECA	COMPACTACION %			
Zona Bioseluciones	Suelo Cemento	Otra		X		1815	14.0	2033	112.0	6.8	15cm	
Zona Bioseluciones	Suelo Cemento	Ultima		X		1815	14.0	1837	101.2	5.3	15cm	

JHONNY ARACOCA
RESIDENTE

JAMES MUÑOZ
SERVIDO

Direccion: Carrera 129 No 20-46 - Telefono: 2988838 - 2679240 - Cel: [redacted] - 3112812370 - 3212561846 - e-mail: geopavltda@gmail.com - geopavltdadirecciontecnica@gmail.com - Bogotá D.C. - Colombia

GEOPAV LTDA.
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

DENSIDAD DEL SUELO Y DEL SUELO AGREGADO EN EL TERRENO MEDIANTE MÉTODOS NUCLEARES
(Profundidad Reducida)
I.N.V.E. - 164 - 13

CÓDIGO	RDAC-13-01
EDICIÓN	13-01
FECHA	N/A
REF	3-698

PROYECTO: Consorcio Oporto 028
DESCRIPCION: B6
ORDENADO POR: Ing Cristian Diaz

SECTOR: calle 64Sur Parque Perdomo
FECHA: 27 - 02 - 2021

ABSCISA	TIPO DE MATERIAL	CAPA #	COSTADO			PROCTOR		REVISION					OBSERVACIONES
			IZQ	EJE	DER	DENSIDAD OPTIMA	HUMEDAD OPTIMA %	DENSIDAD SECA	COMPACTACION %	HUMEDAD DE CAMPO %	PROFUNDIDAD CM		
	B6	Primera		X		1976	15,1	1972	99,8	7,6	15		Parque 028
	B6	Ultima		X		1976	15,1	1977	100,0	7,0	15		11

PROCESADO

REVISO

GEOPAV LTDA.
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

DENSIDAD DE CAMPO ENSAYO PARA DETERMINAR LA DENSIDAD DE LOS SUELOS EN EL CAMPO POR EL MÉTODO DE DENSIMETRO NUCLEAR
(I.N.V.E. - 161 - 13)

CODIGO: FO-15-11
VERSION: 13-01
O.T. Nº: 199
PAG.: 1 DE 1

PROYECTO: Consorcio OPorto
DESCRIPCION: BASE TIPO B PAIQUE 028
ORDENADO POR: Daniela Gonzalez

SECTOR: Perdomo
FECHA: 03-03-2021

ABSCISA	TIPO DE MATERIAL	CAPA Nº	CONTROL			PROCTOR		DENSIDAD			
			STD	X-ST	MEC	DENSIDAD OPTIMA	HUMEDAD OPTIMA %	DENSIDAD SECA	COMPACTACION %	HUMEDAD DE CAMPO %	PENETRACION CM
PAIQUE dejoso	B6-B	Ultima		X		1976	7,9	2053	103,9	7,9	15

Daniela González
JAIRO MUÑOZ

2. PARQUE URBANIZACION LAS QUINTAS
COD. 19-031

GEOPAV LTDA.
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

DENSIDAD DE CAMPO ENSAYO PARA DETERMINAR LA DENSIDAD DE LOS SUELOS EN EL CAMPO POR EL MÉTODO DE DENSIMETRO NUCLEAR
(I.N.V.E. - 187 - 13)

CODIGO: [illegible]
VERSION: 13-01
O.T.AP: N/A
REF: [illegible]

PROYECTO: Consorcio Oporto Parque 19-031
DESCRIPCION:
ORDENADO POR: Ing Cristian Dias

SECTOR: Quintas del Sur
FECHA: 05-02-2021

ABSCISA	TIPO DE MATERIAL	CAPA N°	COSTADO			PROCTOR		REVISION		HUMEDAD DE CAMPO %	PROFUNDIDAD CM	OBSERVACIONES
			IZQ	EJE	DER	DENSIDAD OPTIMA	HUMEDAD OPTIMA %	DENSIDAD SECA	COMPACTACION %			
19-031	Suelo cemento	Primera		x		1815	14,0	2077	114,4	4,3	15	Vio Saludables
19-031	"	"		x		1815	14,0	1949	107,4	4,2	15	Multi fuerza
19-394	Sub base	Primera		x		1889	9,8	1924	101,8	4,9	15	Vio Saludables
"	"	"		x		1889	9,8	1999	105,8	4,7	15	Parque de juegos
"	"	"		x		1889	9,8	1928	102,1	3,9	15	Sendero
"	"	"		x		1889	9,8	2034	107,7	5,5	15	"

PROMEDIO

OBSERVACIONES

JOHNNY PIRACOCA
REALIZO

JAMES MUÑOZ
REVISO

Dirección: Carrera 129 No.23-48 - Teléfono: 2668856 - 2679240 - cel: 3106852531 - 3112812370 - 3212561846 - e-mail: geopavltda@gmail.com - geopavltdadirecciontecnica@gmail.com - Bogotá D.C. - Colombia

Parque 19-031

Quito de Sur
07/07/2021

Consorcio Obras

zona de juegos	Suelo cemento Ultra	X	1815	14.0	2028	111.8	4.7	15cm	20 - 21
zona de juegos	Suelo cemento Ultra	X	1815	14.0	2002	110.3	4.5	15cm	10 - 11

ANGELA GUTIERREZ

3. PARQUE DESARROLLO ARBORIZADORA BAJA COD. 19-060

GEOPAV LTDA.
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

DENSIDAD DEL SUELO Y DEL SUELO-AGREGADO EN EL TERRENO MEDIANTE MÉTODOS NUCLEARES
(Profundidad Reducida)
I.N.V.E. - 164 - 13

CÓDIGO	RDAG-13-01
VERSIÓN	11-01
DTO	N/A
REF	1-699

PROYECTO: Consorcio Oporto Obs PARQUE
DESCRIPCION: BASe Tipo B
ORDENADO POR: DANiela Gonzalez

SECTOR: Alborizadora BAIO
FECHA: 02 02 - 2021

ABSCISA	TIPO DE MATERIAL	CAPA Nº	COSTADO			PROCTOR		REVISION		HUMEDAD DE CAMPO %	PROFUNDIDAD CM	OBSERVACIONES
			IZQ	EJE	DER	DENSIDAD OPTIMA	HUMEDAD OPTIMA %	DENSIDAD SECA	COMPACTACION %			
Cancha	B6-B	Primera	X			1976	15,1	2053	103,9	6,9	15	
"	"	"		X	X	1976	15,1	2133	107,9	6,3	15	
"	"	"				1976	15,1	2079	105,2	7,8	15	

PROMEDIO

FIRMA

FIRMA

Dirección: Carrera 129 N [illegible] Teléfono [illegible] Bogotá D.C. Colombia

413

GEOPAV LTDA.
LABORATORIO DE INGENIERIA CIVIL

DENSIDAD DE CAMPO ENSAYO PARA DETERMINAR LA DENSIDAD DE LOS SUELOS EN EL CAMPO POR EL MIÉTODO DE DENSIMETRO NUCLEAR (I.N.V.E. - 147 - 13)

CODIGO:	RDAD-17-01
VERSION:	10-01
O.T.Nº:	INA
REF:	3-056

PROYECTO: Consorcio Oporto
DESCRIPCION: BASE TIPO B
ORDENADO POR: DANIELA Gonzalez

SECTOR: Albarizadora BAJA
FECHA: 03-03-2021

ABSCISA	TIPO DE MATERIAL	CAPA Nº	CONTADO			PROCTOR		REVISION		HUMEDAD DEL CAMPO %	PROFUNDIDAD CM	OBSERVACIONES
			IZQ	E/E	DER	DENSIDAD OPTIMA	HUMEDAD OPTIMA %	DENSIDAD SECA	COMPACTACION %			
	BG-B	Ultimo	X			1976	7,9	2041	103,3	7,8	15	Zona de juego
	BG-B	"			X	1976	7,9	2025	102,5	10,2	15	"

PROBADO:

JONATHAN BARBOSA
REALIZO

Daniela Gonzalez
JAMES MUÑOZ
REVISO

Dirección: Carrera 129 No 23-68 - Teléfono: 2665836 - 2679240 - cel: [redacted] - 3112812275 - 3212561848 - e-mail: geopavltda@gmail.com - geopavltdadirectorcientifico@gmail.com - Bogotá D.C. - Colombia

ANEXO No. 6 CONTROL DEL CLIMA

ARQUITECTURA URBANA LTDA	
VIGENCIA A PARTIR DE	VERSIÓN
05/04/2016	1

CONTROL DEL CLIMA - SEMANAL

INFORMACIÓN GENERAL

MES DE AGOSTO DE 2021

CONTRATISTA: CONSORCIO OPORTO	CONTRATO DE OBRA No. COP-413-2019
INTERVENTORIA: ARQUITECTURA URBANA LTDA	CONTRATO INTERVENTORIA No. CIN-405-2019

CLIMA DIAS - LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR

CONDICIONES CLIMÁTICAS	AGOSTO DE 2021																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MAÑANA																															
SOLEADO									5				5	3	5	5	3	5			5	3	4	5	3		5	5	5		
DESPEJADO										5										5										4	5
NUBLADO											4			2								2								1	
LLUVIA LEVE											1						2						1		2						
LLUVIA FUERTE																															
TARDE																															
SOLEADO									4				4		4	4		4			3			4	3				2		2
DESPEJADO																				4	1	4	4				4			2	
NUBLADO										4	4			2			2														
LLUVIA LEVE														2			2								1			4	2	2	2
LLUVIA FUERTE																															

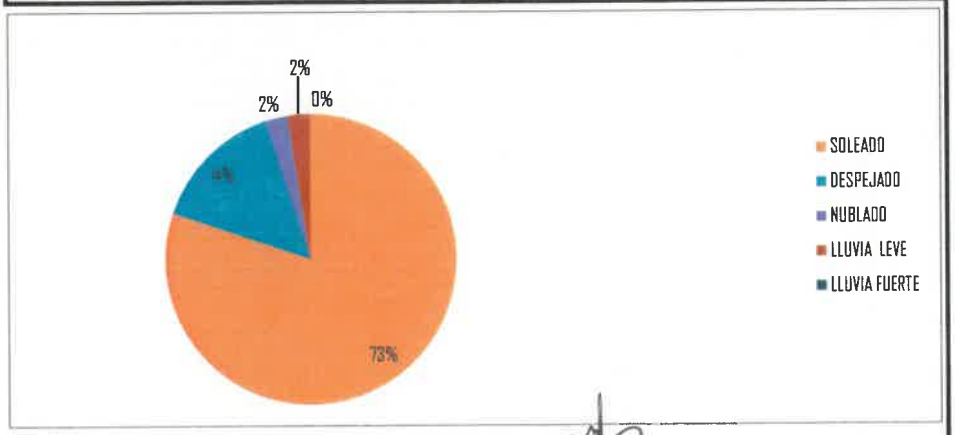
CONVENCIONES

DIAS FESTIVOS O DOMINICALES

TOTALES

PORCENTAJE			
SOLEADO	73%	97	HRS
DESPEJADO	14%	18	HRS
NUBLADO	2%	3	HRS
LLUVIA LEVE	2%	3	HRS
LLUVIA FUERTE	0%	0	HRS
TOTAL	91%	121	HRS

GRAFICA DEL CLIMA



RESIDENTE DE INTERVENTORIA
ARQUITECTURA URBANA LTDA

INSPECTOR DE INTERVENTORIA
ARQUITECTURA URBANA LTDA

ANEXO No. 7 REGISTRO FOTOGRÁFICO

HP

REGISTRO FOTOGRAFICO INFORME MENSUAL DE INTERVENTORÍA
MES DE AGOSTO 2021

CONTRATO INTERVENTORÍA No. CIN-405-2019 **ARQUITECTURA URBANA LTDA** **CONTRATO DE OBRA No. COP-413-2019** **CONSORCIO OPORTO**	**FECHA: 31 DE AGOSTO DE 2021**

PARQUE DESARROLLO RINCÓN DE GALICIA Y URBANIZACIÓN DE LA ESTANCIA CÓDIGO 19-016





FOTO No. 1. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA y el contratista CONSORCIO OPORTO realizan la localización el replanteo de la nueva zona a intervenir.

PARQUE URBANIZACIÓN MADELENA III Y IV ETAPA CÓDIGO 19-393





FOTO No 2. La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista de obra CONSORCIO OPORTO realizo la actividad de obra suministro e instalación de los módulos Sky gimnasio al aire libre de acuerdo a especificaciones técnicas del INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE (IDRD) y análisis de precio unitario (APU).

FOTO No 3 La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista de obra CONSORCIO OPORTO realizo la actividad de obra suministro e instalación de los módulos Escalador gimnasio al aire libre de acuerdo a especificaciones técnicas del INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE (IDRD) y análisis de precio unitario (APU).



FOTO No 4. La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista de obra CONSORCIO OPORTO realizo la actividad de obra suministro e instalación de los módulos Timón Volantes gimnasio al aire libre de acuerdo a especificaciones técnicas del INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE (IDRD) y análisis de precio unitario (APU).



FOTO No 5 La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA revisa y verifica que el contratista de obra CONSORCIO OPORTO realizo la actividad de obra suministro e instalación de los módulos Balancín Cintura gimnasio al aire libre de acuerdo a especificaciones técnicas del INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE (IDRD) y análisis de precio unitario (APU).

PARQUE URBANIZACIÓN MADELENA III Y IV ETAPA CÓDIGO 19-401



FOTO No. 6 La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA Revisa y verifica que el contratista CONSORCIO OPORTO da inicio a la limpieza y excavación para la cañuela prefabricada



FOTO No. 7 La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA Revisa y verifica que el contratista CONSORCIO OPORTO da inicio a la limpieza y excavación para la cañuela prefabricada

PARQUE URBANIZACIÓN RIVERAS DEL SUR CÓDIGO 19-486



FOTO No. 8. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA y el contratista CONSORCIO OPORTO, se realizó la nivelación inicial de la zona a intervenir.



FOTO No. 9. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA y el contratista CONSORCIO OPORTO, se realizó la nivelación inicial de la zona a intervenir.

PARQUE URBANIZACIÓN PROTECHO BOGOTÁ II ETAPA III Y IV SECTOR CÓDIGO 19-719



FOTO No. 10. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA y el contratista CONSORCIO OPORTO Se realizó la nivelación inicial de la cancha



FOTO No. 11. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA y el contratista CONSORCIO OPORTO Se realizó la nivelación inicial de la cancha

PARQUE LA JOYA CENTRO EDUCATIVO CÓDIGO 19-598



FOTO No.12. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA y el contratista CONSORCIO OPORTO Se realizó la nivelación inicial , localización y replanteo de la zona a intervenir



FOTO No.13. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA y el contratista CONSORCIO OPORTO Se realizó la nivelación inicial , localización y replanteo de la zona a intervenir

PARQUE DESARROLLO ARBORIZADORA BAJA CÓDIGO 022



FOTO No 14. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA. Revisa y verifica que el contratista CONSORCIO OPORTO suministro e instalo módulos complementarios para baranda



FOTO No 15. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA. Revisa y verifica que el contratista CONSORCIO OPORTO suministro e instalo módulos complementarios para baranda

PARQUE DESARROLLO ARBORIZADORA BAJA 19-255



FOTO No 16. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA. Revisa y verifica que el contratista CONSORCIO OPORTO suministro e instalo módulos complementarios para baranda



FOTO No 17. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA. Revisa y verifica que el contratista CONSORCIO OPORTO suministro e instalo módulos complementarios para baranda

PARQUE DESARROLLO RINCÓN DE GALICIA Y URBANIZACIÓN LA ESTANCIA PARQUE 19-016.



FOTO No. 18 La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA y el contratista CONSORCIO OPORTO Se realizó la nivelación inicial de la nueva zona a intervenir.



FOTO No. 19 La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA y el contratista CONSORCIO OPORTO Se realizó la nivelación inicial de la nueva zona a intervenir.



FOTO N. 20. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA. Revisa y verifica que el contratista CONSORCIO OPORTO suministro e instalo la baranda de cerramiento y módulos complementarios para baranda



FOTO N. 21. La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA. Revisa y verifica que el contratista CONSORCIO OPORTO suministro e instalo la baranda de cerramiento y módulos complementarios para baranda

PARQUE DE BOLSILLO URBANIZACIÓN MADELENA III Y IV SECTOR13-144.



FOTO No. 22 La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA. Revisa y verifica que el contratista CONSORCIO OPORTO suministro e instalo módulos complementarios para baranda



FOTO No. 23 La Interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA. Revisa y verifica que el contratista CONSORCIO OPORTO suministro e instalo módulos complementarios para baranda

ANEXO No. 8 BITÁCORA DE OBRA

DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE A MANO ADOPTABLE DE LA LOCALIDAD DE CUZCO BOLIVAR QUE SE DERIVE DEL PROCESO LICITATORIO FIDLCB-LP-006-2021

MARTES 24/agosto/2021
CLIMA SECO
PERSONAL: CONTRATISTA: 1 RESIDENTE 1 OFICIAL, 1 AYUDANTE
INTERVENTORIA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR

19-213: SE REALIZO EL EMBOQUILLADO DEL PAÑO DE ADOBINA.

MIERCOLES 25/AGOSTO/2021
CLIMA: SECO
PERSONAL CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, TOPOGRAFO, CADENERO
INTERVENTORIA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR, ING. TOPOGRAFICA.

19-598: SE REALIZO LOCALIZACION Y REPLANTEO DE LA ZONA A INTERVENIR

19-719 SE REALIZO LOCALIZACION Y REPLANTEO DE LA ZONA A INTERVENIR.

JUEVES 26 AGOSTO/2021
CLIMA SECO LLUVIA LEVE EN LA TARDE
PERSONAL CONTRATISTA: 1 RESIDENTE 2 OFICIALES, 2 AYUDANTES.

INTERVENTORIA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR

19-23: SE REALIZO EL SUMINISTRO E INSTALACION DE 2 BANCAS M31.

Viernes 19/02/2021.
Tiempo: Seco - mañana; lluvioso tarde
Personal en Obra
Contratista: 1 residente, 1 residente apoyo, 1 inspector, 1 director
1 residente SST, 1 inspector SST
Interventoria: 2 residentes tecnico, SST, 2 inspectores
ACTIVIDADES DE OBRA

19-022: El contratista realiza la instalación de bordillos para confinamiento de piso caucho y concreto, extiende y compacta la capa de base granular y a su vez realiza la respectiva toma de densidades donde se consideraron 3 puntos a lo cual se arrojaron porcentajes de 103,6%, 100,8%, 101,7. Se procede a emulsionar la capa compacta y programar concreto de 3000 psi

19-325:
El contratista realiza la instalación de bordillos para la conformación de la implantación y termina la extendida y compactación de Sub base granular y a su vez se realiza la respectiva toma de densidades donde se consideran 2 puntos a lo cual se arrojan porcentajes de 102,7% y 96,8%. Se procede a aplicar la siguiente capa de base granular.

19-255
El contratista ejecuta excavación y conformación de taludes a 45°, haciendo limpieza y aseo del parque en general

09 AGOSTO 2021.

SE HACE EL INICIO GENERAL DE OBRAS DEL CONTRATO DE OBRA PUBLICA No. LOP 403, 2019, SE HACE CLARIDAD QUE EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE HOY Y EL DIA 21 DE AGOSTO 2021, SE ADELANTARAN LABORES CONSERNIENTES A: JORNADAS DE ORDEN Y ASEO, IMPLEMENTACION PLANES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, IMPLEMENTACION

DE PROTOCOLOS BIO-SEGURIDAD, RESTABLECIMIENTO SEÑALIZACIÓN / CERRAMIENTO PERIMETRAL, REUNIONES SOCIALIZACIÓN, REUNIONES CON JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL CIUDAD BOLIVAR Y CONTRATISTA OBRA VERIFICACIÓN PROGRAMACIONES, FLUJOS DE FONDOS BALANCES DE OBRA, ENTRE OTROS.

FERNANDO AGUIRRE

JUEVES 26/08/2021

19-255 TIEMPO: SECO.

PERSONAL CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 2 OFICIALES 2 AYUDANTES

INTERVENTORIA: 1 RESIDENTE 1 INSPECTOR

SE REALIZA LA INSTALACIÓN DE LA BATERIA PERIMETRAL Y MODULOS COMPLEMENTOS.

19 022 SABADO 28/08/2021

PERSONAL

CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR 2 OFICIALES, 2 AYUDANTES

INTERVENTORIA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR

TIEMPO: SECO.

SE REALIZA INSTALACIÓN BATERIA Y MODULOS COMPLEMENTARIOS

MARTES 31/AGOSTO/2021

TIEMPO: SECO

PERSONAL

CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 2 OFICIALES 2 AYUDANTES.

INTERVENTORIA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR

19-022: SE CONTINUA CON LA INSTALACION DE LA TORONDA PERIMETRAL Y MODULOS COMPLEMENTARIOS

19-255: SE REALIZA CORTE PARA LA DILATACIONES EN PLACA

MIERCOLES 01/SEPTIEMBRE/2021

TIEMPO SECO
PERSONAL CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 2 OFICIALES, 1 AYUDANTE.

19-255: SE REALIZA EL EMBOQUILLADO O SELLO JUNTAS CON SIKAFLEX DE LA PLACA.

19-022: SE REALIZA CORTE PARA LOS DILATACIONES EN PLACA.

JUEVES 02/SEPTIEMBRE/2021

TIEMPO: SECO
PERSONAL: CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 2 OFICIALES, 1 AYUDANTE

19-022: SE REALIZA SELLO JUNTA CON SIKAFLEX EN LA PLACA.

09 AGOSTO 2021

SE HACE EL INICIO GRADUAL DE OBRA DEL CONTRATO DE OBRA PUBLICA COP 403 - 2019, SE HACE CLARIDAD QUE EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIA DE HOY HASTA EL DIA 21 AGOSTO DE 2021, SE ADELANTARAN LABORES CONCERNIENTES A REACTIVACION DE TOTALIDAD DE LOS FRENTES DE INTERVENCION.
ENTRE LAS ACTIVIDADES QUE SE LLEVARAN ACABO EN ESTE PERIODO SE ENCUENTRAN: JORNADAS DE ORDEN Y ASEO, IMPLEMENTACION PLANES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, IMPLEMENTACION PROTOCOLOS BIO SEGURIDAD, RESTABLECIMIENTO SEÑALIZACION / TERRAMI REUNIONES SOCIALIZACION, REUNIONES CON UNIDAD ADMINISTRADORA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR Y CONTRA DE OBRA, VERIFICACIÓN PROGRAMACIONES, FLUJOS FONDOS, BALANCES DE OBRA, ENTRE OTROS.

FERNANDO AGUIRRE

MARTES 31 / AGOSTO / 2021
CLIMA: SECO
PERSONAL: CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 2 OFICINES
INTERVENTOR: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR

14:50 SE REALIZA CONSTRUCCION DE MATERAS CON LADRILLO.

MIERCOLES 01 / SEPTIEMBRE / 2021
CLIMA SECO
PERSONAL CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 2 OFICINES

Viernes 19/02/2021

Clima: Mañana: Despejado; Tarde: Despejado

Personal del contratista. 1 residente, 1 inspector 1 apoyo sst.

Personal de interventoria: 1 residente y 2 inspectores

Actividades en ejecucion.

19-031 No se evidencian actividades en ejecucion

19-060 continua instalacion de piedra rajon y tendido de material granular B200 (sello).

19-028 No se evidencian actividades en ejecucion

19-014 No se evidencian actividades en ejecucion.

09- AGOSTO - 2021.

SE HACE REINICIO GRADUAL DE OBRAS DEL CONTRATO DE OBRA PUBLICA No COP-403-2019, SE HACE CLARIDAD QUE EN EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIA DE HOY HASTA EL 21 AGOSTO 2021, SE ADELANTARAN LABORES CONSERNIENTES A LA REACTIVACION DE LA TOTALIDAD DE LOS FRENTES DE INTERVENCION.

ENTRE LAS ACTIVIDADES QUE SE LLEVARAN ACABO EN ESTE PERIODO SE ENCUENTRAN: JORNADAS DE ASEO Y LIMPIEZA, IMPLEMENTACION DE PLANES; SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, IMPLEMENTACION PROTOCOLOS BIO SEGURIDAD, RESTABLECIMIENTO. CERRAMIENTO PERIMETRALES; REUNIONES SOCIALIZACION FRENTES OBRA REUNIONES CON JUNTAS ADMINISTRADORAS LOCALES, REUNIONES CON FUNCIONARIOS ALCALDIA LOCAL CIUDAD BOLIVAR, REUNIONES CONTRATISTA OBRA; VERIFICACION PROGRAMACIONES; BALANCES OBRA, FLUJOS FONDOS, INVERSION, OTROS..

FERNANDO AGUIRRE
RESIDENTE INTERVENT

LUNES 23 AGOSTO /2021
CLIMA: SECO
PERSONAL: CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 2 OFICIALES 2 AYUDANTES
INTERVENTORIA 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR

19-0K: SE REALIZO CERRAMIENTO PROVISIONAL CON POLISOMBRA

19-060 SE REALIZO CERRAMIENTO PROVISIONAL CON POLISOMBRA

MARTES 24/AGOSTO/2021
CLIMA: SECO
PERSONAL: CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 2 OFICIALES, 2 AYUDANTES.
INTERVENTORIA 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR
19-060 SE REALIZO INSTALACION DE BORDILLO LATERAL DE LA CANCHA.

JUEVES 25 AGOSTO /2021
CLIMA: SECO
PERSONAL: CONTRATISTA: 1 RESIDENTE 2 OFICIALES, 1 AYUDANTE, TOPOGRAFO, CADENERO
INTERVENTORIA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR ING. TOPOGRAFICO.
19-060 SE CONTINUA CON LA INSTALACION DE BORDILLO LATERAL DE LA CANCHA. Y SE T

19-486 SE REALIZO LOCALIZACION Y REPLANTEO DEL AREA A INTERVENIR

HASTA 21 AGOSTO 2021, SE ADELANTARON LABORES CONCERNIENTES A REACTIVACIÓN DE LA TOTALIDAD DE FRENTES DE INTERVENCIÓN.
ENTRE LAS ACTIVIDADES QUE SE LLEVARON A CABO EN ESTE PERIODO SE ENCUENTRAN: JORNADAS DE ASEO Y LIMPIEZA, IMPLEMENTACIÓN DE PLANES SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO, IMPLEMENTACIÓN PROTOCOLOS BIO SEGURIDAD, RESTABLECIMIENTO CERRAMIENTOS PERIMETRALES, REUNIONES SOCIALIZACIÓN FRENTES DE OBRA, REUNIONES CON JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL CIUDAD BOLIVAR Y CONTRATISTA DE OBRA. VERIFICACIÓN PROGRAMACIÓN TRABAJOS DE OBRA Y FLUJOS FONDOS DE INVERSIÓN, OTROS.

FERNANDO AGUIRRE

MARTES 24 AGOSTO 2021
CLIMA: SECO
PERSONAL: CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 2 CADENEROS, 2 AYUDANTES
INTERVENTORIA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR

14:08 SE RETIRA LA INSTALACIÓN DE LA PUERTA AL ACCESO DE LA CANCHA DE JUEGOS.

JUEVES 2 SEPTIEMBRE / 2021
CLIMA SECO.
PERSONAL: CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 1 OPERARIO, 1 AYUDANTE
INTERVENTORIA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR
SE RETIRA EL SELLADO DE LA JUNTA DE DILATACIÓN

19-394

El contratista en horas de la tarde implemento 5 personas para la instalación de adoquin, conformación de solado para muro y figurado de acero para iniciar a fundir bordillo zarpa. la Imprimación Se realizara en horas de la mañana hasta la hora de la rotonda puesto que el concreto se extendera el día 22/02/2021

19-401 = El contratista realiza la instalacion de la cañuela prefabricado como se definio en primera instancia en acompañamiento con el residente de Interventoria llevando una pendiente completa a 1 agua con el 1% hasta la caja de recoleccion de aguas lluvias garantizando asi la salida de las aguas lluvias de las dos rotondas de 9,4 y 3,0cm.

19-393 = El contratista realiza el replanteo de los ejes y corte demolición y excavacion para la fundido de los dados donde ira el mobiliario Sobre la implantación

19-016 = El contratista realiza los cortes de la placa fundida de las dilataciones e inicia con la instalación de los paños de adoquin de arcilla en area de Sendero peatonal

19-744 = El contratista finaliza con la instalación de los parales de la baranda de Ø 2" M-80

19-484 = El contratista finaliza con la instalación de los anclajes y fundida de cimentación para Juegos.

09- AGOSTO-2021:

SE HACE REINICIO GRADUAL DE OBRAS DEL CONTRATO DE OBRA PUBLICA No COP-403-2019, SE HACE CLARIDAD QUE EN EL TIEMPO TRANCURRIDO ENTRE EL DIA DE HOY, HASTA EL 21 AGOSTO 2021, SE ADELANTARAN LABORES CONSERNIENTES A LA REACTIVACION

DE LA TOTALIDAD DE FRENTES DE INTERVENCIÓN. ENTRE LAS ACTIVIDADES QUE SE LLEVARAN ACABO EN ESTE PERIODO, SE ENCUENTRAN: JORNADAS DE ASEO Y LIMPIEZA, IMPLEMENTACION DE PLANES SEGURIDAD Y SALUD TRABAJO, IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS BIO-SEGURIDAD, RESTABLECIMIENTO CERRAMI PERIMETRALES, REUNIONES DE SOCIALIZACION FRENTES OBRA, REUNIONES CON JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL REUNIONES FUNCIONARIOS ALCALDIA LOCAL CIUDAD BOL Y CONTRATISTA OBRA, VERIFICACIÓN DE PROGRAMACI BALANCES OBRA, FLUJOS FONDOS INVERSION, OTROS.

FERNANDO
RESIDENTE INT

27 | AGOSTO - 2021

CLIMA: SOLEADO

(19-393) PERSONAL DEL CONTRATISTA: 1 RESIDENTE 1 INSPECTOR SST, 2 OFICIALES, 2 AYUDANTES.
PERSONAL INTERVENTORÍA = 1 RESIDENTE, 1 SS 1 INSPECTOR

19-393 SE REALIZO LIMPIEZA DE LAS DILATACIONES EN PROCESO EL EMBOQUILLADO SELLO JUNTA C SIKAFLEX (DE LA PLACA).

19-484 SE REALIZO SELLO JUNTA CON SIKAFLEX EN LAS DILATACIONES DE LA PLACA.

19-144 PROCESO LIMPIEZA DE LAS DILATACIONES DE LA PLACA, PARA REVISIÓN DE LA PEQ FUNDIDAD Y ASÍ AUTORIZAR EL SELLO JU CON SIKAFLEX., JUNT. BARANDA Y MODULOS C

28/AGOSTO-2021

EL CONTRATISTA AYER AL FINALIZAR LA TARDE EL ING CRISTIAN RESIDENTE INFORMO QUE HOY SE REALIZARIA ACTIVIDADES EN 19-393, 19-144 Y 19-150. LA INTERVENTORIA EN EL RECORRIDO POSTERIOR EVIDENCIO QUE NO HABIA PERSONAL EN DOS ELLOS, PERO ADELANTABA ACTIVIDADES EN OTRO QUE NO SE INFORMO.

CLIMA: SOLEADO

PERSONAL DEL CONTENTISTA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR SST. 4 OFICIALES, 5 AYUDANTES

PERSONAL INTERVENTORIA: 1 INSPECTOR

19-393 SE REALIZO EL SUMINISTRO E INSTALACION DE 4 MODULOS GIMNASIO AL AIRE LIBRE.
- MODULO BALANCIN CUNTURA (PENDULO)
- MODULO TIMON VOLANTES
- MODULO SKY
- MODULO ESCALADOR

19-401 SE REALIZO DESCAPOTE Y EXCAVACION PARA LA INSTALACION DE LA CANUELA COSTADO ORIENTAL, EL RETIRO DE SELLO JUNTA CON SIKAFLEX QUE NO CUMPLE EN LAS DILATACIONES SOLICITADO POR LA INTERVENTORIA - Y CERRAMIENTO. PERIMETRAL TRIPLE CINTA BOBO / FERNANDO AGUIRRE.

19-016 SE REALIZO INSTALACION BARANDA PERIMETRAL MODULOS COMPLEMENTARIOS LIMPIEZA DE LAS DILATACIONES Y SELLO JUNTA CON SIKAFLEX.

LUNES 30 / AGOSTO / 2021
CLIMA: SECO LLUVIA LEVE TARDE
PERSONAL CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 4 OF
LES 4 AYUDANTES.
INTERVENTORIA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR

19-484 SE REMPLAZO SUMINISTRO E INSTALAC
DE 4 MODULOS GIMNASIO AL AIRE LIB

19-401 SE CONTINUA CON LA LIMPIEZA DE L
DILATACIONES DE LA PLACA Y LA E
VACION PARA LA CANUELA

19-144 SE CONTINUA CON LA INSTALACION
LOS BARANDOS Y LOS MODULOS CO
MENTARIOS

MARTES 31 AGOSTO / 2021
CLIMA: SECO LLUVIA LEVE EN LA TARDE
PERSONAL CONTRATISTA: 1 RESIDENTE, 2 OF
LES, 2 AYUDANTES
INTERVENTORIA = 1 RESIDENTE, 1 IN
TOR

19-401 : SE REMPLAZO SELLO JUNTA CON SI
FLEX EN LA DILATACIONES DE LA PLACA
SE CONTINUA CON LA EXCAVACION
LA CONTRA COMPACTACION FONDO DE L
EXCAVACION, INST. DE GEOTEXTIL.
MIERCOLES 01 / SEPTIEMBRE / 2021
CLIMA: SECO
PERSONAL CONTRATISTA: 1 RESIDENTE,
OFICIALES 2 AYUDANTES.
INTERVENTORIA: 1 RESIDENTE, 1 INSPECTOR

19-149 Se continua con la instalación de la batacudo y modulos complementarios.

19-016 Se continua culmina la instalación de la batacudo y modulos complementarios

Jueves 2 septiembre / 2021
clima: seco.
Personal: 1 residente, 2 oficiales, 2 ayudantes.
Intervención: 1 residente, 1 inspector

19-401: Se realiza el sello junta con sikaflex e inicio instalación de la canuela prefabricado

Viernes 3 / septiembre / 2021
Clima: seco.
Personal: Contratista · 4 oficiales, 3 ayudantes, 1 residente
Intervención: 1 residente, 1 inspector

19-401 Se continua con la instalación de la canuela prefabricado y excavación del desagüe de la caja de inspección.

19-149 Se realiza la localización y replanteo de la cimentación de los juegos infantiles.

ANEXO No. 9 CONTROL Y SEGUIMIENTO A PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

LBO

CONTRATO DE INTERVENTORÍA NO.405 DE 2019

RELACIÓN DE PERSONAL DE LA INTERVENTORÍA

INTERVENTORÍA ARQUITECTURA URBANA LTDA.
CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: 405 DE 2019
FECHA: AGOSTO DEL 2021

N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	PORCENTAJE DEDICACIÓN	EXAMEN OCUPACIONAL	FECHA ÚLTIMO PAGO SEGURIDAD SOCIAL
1	Hernando Daza Berrio	18.939.069	Director de Interventoria	Positiva	Compensar	COLPENSIONES	50%	SI	23/08/2021
2	Paula Fernanda Morales Sanchez	529.592.013	Coordinadora de Interventoria	Positiva	Compensar	Porvenir	-	SI	31/08/2021
3	Fernando Aguirre Medina	7.182.768	Residente Tecnico de Interventoria	Positiva	Colpensiones	Colfondos	100%	SI	03/09/2021
4	Diana Catherine Morales Velásquez	1.026.572.178	Residente Seguridad y Salud en el Trabajo	Positiva	Famisanar	Porvenir	40%	SI	03/09/2021
5	Diana Catherine Morales Velásquez	1.026.572.178	Residente Ambiental	Positiva	Famisanar	Porvenir	30%	SI	03/09/2021
6	Paola Andrea Leon Neisa	52.386.191	Residente Social	Positiva	Compensar	Colfondos	50%	SI	31/08/2021
7	Javier Antonio Millán López	79.345.746	Especialista Geotecnia	Colmena	Famisanar	Colfondos	30%	SI	31/08/2021
8	Jose Fernando Banoy Camargo	1.057.463.178	Inspector	Positiva	Compensar	Protección	-	SI	03/09/2021
9	Katty Andrea Farfán Arias	1.031.146.000	Tópografo Inspector - Laboratorista Inspector	Positiva	Nueva EPS	COLPENSIONES	-	SI	03/09/2021
10	Carmen Alicia Valencia Sierra	49.691.881	Secretaria	Positiva	Aliansalud	COLPENSIONES	-	SI	03/09/2021
11	Carlos Domingo Pérez	73.189.607	Contador	Colpatria	Sanitas	Protección	-	SI	03/09/2021

"Dentro de los procesos de licitación Pública y concursos de Méritos, tener un trato preferencial con las personas discapacitadas así: "En los procesos de licitaciones publicas y concursos de méritos para incentivar el sistema preferencial con personas con discapacidad la entidades estatales deberán otorgar el uno por ciento (1%) del total de los puntos establecidos en el pliego de condiciones a los proponentes que acrediten la vinculación de trabajadores con discapacidad en su planta de personal de acuerdo con los siguientes requisitos 1. La persona natural el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal segun corresponda, certificara el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal del proponente o sus integrantes a la fecha de cierre del proceso de selección 2. Acreditar el numero mínimo de personas con discapacidad en su planta de personal conformidad con lo señalado en el certificado expedido por el ministerio de trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del proceso de selección"
La interventoria ARQUITECTURA URBANA LTDA, presenta la documentacion del personal con discapacidad siendo: certificado de vinculacion del trabajador con discapacidad el formato de constatación de vinculacion de trabajadores en situacion de discapacidad emitida por la entidad MINISTERIO DE TRABAJO, y el soporte de seguridad social del trabajador con discapacidad del señor HERNANDO DAZA BERRIO identificado con cedula de ciudadania No 18939069 de Agustin Codazzi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830088495
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:			ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 38 NO. 8-12 OFC. 301	TELÉFONO:	7036370
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7807877803	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/08/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1103700803

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 400,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400,000	$ 0	$ 400,000
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1,392,000	$ 0	$ 0	$ 43,500	$ 43,500	$ 0	$ 0	$ 1,479,000	$ 0	$ 1,479,000
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 800,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800,000	$ 0	$ 800,000
SUBTOTALES:										$ 2,679,000	$ 0	$ 2,679,000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 220,000	$ 0	$ 0	$ 220,000
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 72,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72,800	$ 0	$ 0	$ 72,800
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 80,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80,000	$ 0	$ 0	$ 80,000
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 348,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 348,000	$ 0	$ 0	$ 348,000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 36,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36,400	$ 0	$ 0	$ 36,400
SUBTOTALES:													$ 757,200	$ 0	$ 0	$ 757,200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	7		$ 0	$ 0			$ 561,900	$ 561,900	$ 0	$ 0	$ 561,900
SUBTOTALES:									$ 561,900	$ 0	$ 0	$ 561,900

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	4	$ 648,000	$ 0	$ 648,000
CCF15	CCF15-COMFACESAR	3	$ 36,800	$ 0	$ 36,800
SUBTOTALES:			$ 684,800	$ 0	$ 684,800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1015408024	CARDENAS PACHECO DAYAN KARINE	DEPEND		$ 3,000,000	FIJO			SI																
2	CC 1029672178	MORALES VILLABQUEZ DIANA CATHERINE	DEPEND		$ 2,500,000	FIJO			SI																
3	CC 1057463178	VARGAS TENJO JOSE ARTURO	DEPEND		$ 2,000,000	FIJO			SI																
4	CC 12486334	CUELLO DAZA ANIBAL ENRIQUE	DEPEND	NO OBLIG COT PENSION	$ 908,526	FIJO			SI	01															
5	CC 12529706	CUELLO DAZA EDUARDO JOSE	DEPEND	NO OBLIG COT PENSION	$ 908,526	FIJO			SI	01															
6	CC 1098088	DAZA BERRIO HERNANDO	DEPEND		$ 8,700,000	FIJO			SI																

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	PARAFISCALES: CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	231001-COLFONDOS	30	$ 3,000,000	$ 480,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480,000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 3,000,000	$ 120,000	$ 0	$ 120,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3,000,000		$ 208,800	30	$ 3,000,000	CCF24-COMPENSAR	$ 120,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	230301-PORVENIR	30	$ 2,500,000	$ 400,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 400,000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2,500,000	$ 100,000	$ 0	$ 100,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2,500,000		$ 174,000	30	$ 2,500,000	CCF24-COMPENSAR	$ 100,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	231001-COLFONDOS	30	$ 2,000,000	$ 320,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320,000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2,000,000	$ 80,000	$ 0	$ 80,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2,000,000		$ 139,200	30	$ 2,000,000	CCF24-COMPENSAR	$ 80,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 908,526	$ 36,400	$ 0	$ 36,400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908,526		$ 4,800	30	$ 302,842	CCF15-COMFACESAR	$ 12,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 908,526	$ 36,400	$ 0	$ 36,400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908,526		$ 4,800	30	$ 302,842	CCF15-COMFACESAR	$ 12,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	25-14 COLPENSIONES	30	$ 8,700,000	$ 1,392,000	$ 43,500	$ 43,500	$ 0	$ 0	Normal	$ 1,479,000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 8,700,000	$ 348,000	$ 0	$ 348,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 8,700,000		$ 45,900	30	$ 8,700,000	CCF24-COMPENSAR	$ 348,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830098495
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 38 NO. 8-12 OFC. 301	TELÉFONO:	7036370
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7807677803	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/08/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1103700803

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD						ARP					CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL																									
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO		TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	V/ UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1069836	VILLALOBOS DEPEDA LUZ DARY	DEPEND	NO DELIG COT PENS SSAD	$ 908,526	FIJO			SI	01																	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	4-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS SA	30	$ 908,526	$ 36,400	$ 0	$ 36,400	4-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS SA	30	$ 908,526		$ 4,800	30	$ 302,842	CCF15-COMFACESAR	$ 12,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 4.702.700**

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901029778
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AURUNA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 38 6 12 OFICINA 301	TELÉFONO:	7935370
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MiPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	002 - URBANA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7807613896	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto AÑO	2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/08/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1098905274

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	4	$ 1.105.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.105.400	$ 0	$ 1.105.400
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 180.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.500	$ 0	$ 180.500
230201	230201- PROTECCION	1	$ 96.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 96.000	$ 0	$ 96.000
230301	230301-PORVENIR	2	$ 188.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 188.200	$ 0	$ 188.200
SUBTOTALES:										$ 1.571.100	$ 0	$ 1.571.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 11.000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 185.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.200	$ 0	$ 0	$ 185.200
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 36.400
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 120.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 80.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.500	$ 0	$ 0	$ 80.500
SUBTOTALES:													$ 393.100	$ 0	$ 0	$ 393.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	8		$ 0	$ 0		$ 0	$ 128.100	$ 128.100	$ 0	$ 0	$ 128.100
SUBTOTALES:									$ 128.100	$ 0	$ 0	$ 128.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	8	$ 352.800	$ 0	$ 352.800
SUBTOTALES:			$ 352.800	$ 0	$ 352.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: IRO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1003036479	VALENCIA BOTO LUIS ALEJANDRO	DEPEND		$ 908.526	FIJO			SI																	
2	CC 1010245867	MARTINEZ ARBELAEZ VALENTINA	DEPEND		$ 908.526	FIJO			SI																	
3	CC 1010245867	MARTINEZ ARBELAEZ VALENTINA	DEPEND		$ 908.526	FIJO			SI														5-19-19			
4	CC 1018071798	GOYENECH E MOLINA ADRIANA	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO			SI	19																
5	CC 1018132173	MARTINEZ ARBELAEZ JULIO ANDRES	DEPEND		$ 908.526	FIJO			SI	22																
6	CC 1031149000	FARFAN MAJUL KATTY ANDREA	DEPEND		$ 2.000.000	FIJO			SI																	

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 36.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908.526		$ 4.800	$ 908.526	CCF24-COMPENSAR	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	230301-PORVENIR	29	$ 878.242	$ 140.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.800	EPS017-FAMISANAR	29	$ 878.242	$ 35.200	$ 0	$ 35.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	29	$ 878.242		$ 4.600	$ 878.242	CCF24-COMPENSAR	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	230301-PORVENIR	1	$ 30.285	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 4.900	EPS017-FAMISANAR	1	$ 30.285	$ 1.300	$ 0	$ 1.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 30.285		$ 0	$ 30.285	CCF24-COMPENSAR	$ 1.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	230201-PROTECCION	17	$ 600.000	$ 96.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 96.000	EPS017-FAMISANAR	12	$ 600.000	$ 24.000	$ 0	$ 24.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	12	$ 600.000		$ 3.200	$ 600.000	CCF24-COMPENSAR	$ 24.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	230301-PORVENIR	9	$ 272.556	$ 43.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 43.700	EPS002-SALUD TOTAL	9	$ 272.556	$ 11.000	$ 0	$ 11.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	9	$ 272.556		$ 19.000	$ 272.556	CCF24-COMPENSAR	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000		$ 10.800	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901029778
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AURBANA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 38 8 12 OFICINA 301	TELÉFONO:	7035370
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	002 - URBANA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7807813996	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/08/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1098906274

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES								
																										PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES
7	CC 1062369184	ALARCON JARRO MARIO ALBERTO	DEPEND		$ 3,000,000	FIJO			SI	21																5-14 COLPENSIONES	10	$ 1,000,000	$ 160,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160,000	PS005-SANITAS S.A.	10	$ 1,000,000	$ 40,000	$ 0	$ 40,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	10	$ 1,000,000		$ 69,600	10	$ 1,000,000	CCF 24-COMPENSAR	$ 40,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 20736757	RUIZ SIERRA MARIA CAROLINA	DEPEND		$ 3,500,000	FIJO			SI													01-13				31001-COLFONDOS	13	$ 1,011,112	$ 161,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 161,800	PS005-SANITAS S.A.	13	$ 1,011,112	$ 40,900	$ 0	$ 40,900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	13	$ 1,011,112		$ 811	13	$ 1,011,112	CCF 24-COMPENSAR	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 20736757	RUIZ SIERRA MARIA CAROLINA	DEPEND		$ 3,500,000	FIJO			SI	14																31001-COLFONDOS	1	$ 116,667	$ 18,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 18,700	PS005-SANITAS S.A.	1	$ 116,667	$ 4,700	$ 0	$ 4,700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 116,667		$ 700	1	$ 116,667	CCF 24-COMPENSAR	$ 4,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 49691861	VALENCIA DEPIRA CARMEN ALICIA	DEPEND		$ 3,000,000	FIJO			SI																	5-14 COLPENSIONES	30	$ 3,000,000	$ 480,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480,000	PS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 3,000,000	$ 120,000	$ 0	$ 120,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3,000,000		$ 18,700	30	$ 3,000,000	CCF 24-COMPENSAR	$ 120,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 2.444.900

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901029778
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			AURBANA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 35 8 12 OFICINA 301	TELEFONO:	7036370
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MiPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	002 - URBANA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:				78092377B1	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:				0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2021/09/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1117371027

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| N° | DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES: ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | INP | SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN: ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP: SUBSISTENCIA | FSP: SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | SALUD: ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ARP: ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | PARAFISCALES: DÍAS COT | IBC | CCF: ADMIN | CCF: TOTAL APORTE | SENA: TOTAL APORTE | ICBF: TOTAL APORTE | ESAP: TOTAL APORTE | MINEDU: TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901029778
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AURBANA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 36 8 12 OFICINA 301	TELEFONO:	7036370
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	002 - URBANA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:				7809237781	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:				0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2021/09/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1117371027

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 85,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 85,400	$ 0	$ 85,400
25-14	25-14 COLPENSIONES	6	$ 1,916,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,916,100	$ 0	$ 1,916,100
230201	230201- PROTECCION	2	$ 316,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 316,800	$ 0	$ 316,800
230301	230301-PORVENIR	3	$ 384,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384,200	$ 0	$ 384,200
SUBTOTALES:										$ 2,702,500	$ 0	$ 2,702,500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 120,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 120,000	$ 0	$ 0	$ 120,000
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 19,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19,200	$ 0	$ 0	$ 19,200
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 36,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36,400	$ 0	$ 0	$ 36,400
EPS017	EPS017-FAMISANAR	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 119,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 119,800	$ 0	$ 0	$ 119,800
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 266,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 266,700	$ 0	$ 0	$ 266,700
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57,800	$ 0	$ 0	$ 57,800
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 56,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 56,000	$ 0	$ 0	$ 56,000
SUBTOTALES:													$ 675,900	$ 0	$ 0	$ 675,900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	12		$ 0	$ 0		$ 0	$ 699,300	$ 699,300	$ 0	$ 0	$ 699,300
SUBTOTALES:									$ 699,300	$ 0	$ 0	$ 699,300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	12	$ 675,900	$ 0	$ 675,900
SUBTOTALES:			$ 675,900	$ 0	$ 675,900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1003036476	VALENCIA ROTO LUIS ALEJANDRO	DEPEND		$ 908,526	FIJO			SI																
2	CC 1010245867	MARTINEZ ARBELAEZ VALENTINA	DEPEND		$ 908,526	FIJO			SI																
3	CC 1019071786	SOTENECH MOLINA ADRIANA	DEPEND		$ 1,500,000	FIJO			SI																
4	CC 1019132173	MARTINEZ ARBELAEZ JULIO ANDRES	DEPEND		$ 908,526	FIJO			SI																
5	CC 1020572178	MORALES VELASQUEZ DIANA CATHERINE	DEPEND		$ 2,500,000	FIJO			SI	24															

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 908,526	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145,400
2	230301-PORVENIR	30	$ 908,526	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145,400
3	230201-PROTECCION	30	$ 1,500,000	$ 240,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240,000
4	230301-PORVENIR	30	$ 908,526	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145,400
5	230301-PORVENIR	7	$ 583,334	$ 93,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 93,400

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 908,526	$ 36,400	$ 0	$ 36,400
2	EPS017-FAMISANAR	30	$ 908,526	$ 36,400	$ 0	$ 36,400
3	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1,500,000	$ 60,000	$ 0	$ 60,000
4	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 908,526	$ 36,400	$ 0	$ 36,400
5	EPS017-FAMISANAR	7	$ 583,334	$ 23,400	$ 0	$ 23,400

Nº	ARP: ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908,526		$ 63,300
2	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908,526		$ 4,800
3	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1,500,000		$ 7,900
4	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908,526		$ 63,300
5	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	7	$ 583,334		$ 40,700

Nº	PARAFISCALES: CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CCF24-COMPENSAR	$ 36,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CCF24-COMPENSAR	$ 36,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CCF24-COMPENSAR	$ 60,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CCF24-COMPENSAR	$ 36,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CCF24-COMPENSAR	$ 23,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52959013	PAULA FERNANDA MORALES SANCHEZ		CALLE 27 SUR NO 24A-15	2781195	PAULAFRED45@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-07	2021-07	I	30/08/2021	51793970	$966.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	389.200	0		0		0	0	0	0	389.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	498.200	0	0	0	0	0	0		498.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	16.300				16.300	0	0	16.300			163	16.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	62.300	0	0	62.300	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	389.200	389.200
Pensión	1	498.200	498.200
Riesgos Laborales	1	16.300	16.300
CCF	1	62.300	62.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	966.000	966.000

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52959013	PAULA FERNANDA MORALES SANCHEZ		CALLE 27 SUR NO 24A-15	2781195	PAULAFRED45@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTA D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-07	2021-07	I	30/08/2021	51793970	$966.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52959013	MORALES SANCHEZ PAULA FERNANDA	59	0			N																	230301	3,113,200	498,200	0	0	0	0	EPS008	3,113,200	380,200	14-03	3,113,200	1	16,300	CCF24	3,113,200	62,300	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53026061	Paola Andrea Leon Neisa	Transversal 120 A No 129 d 27 Apto 512	7579015	paola.ls.85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-07	2021-07	I	23/08/2021	52539045	$262.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	115.000	0		0		0	0	0	0	115.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	147.200	0	0	0	0	0	0		147.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	115.000	115.000
Pensión	1	147.200	147.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	262.200	262.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53026061	Paola Andrea Leon Neisa	Transversal 120 A No 129 d 27 Apto 512	7579015	paola.ls.85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTA, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-07	2021-07	I	23/08/2021	52539045	$262,200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
o.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	IBC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPLEMENTOS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53026061	LEON NEISA PAOLA ANDREA	3	0			N																	230201	920,000	147,200	0	0	0	0	EPS008	920,000	115,000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ANEXO 2. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830045483
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDINA JUEGOS PARQUES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA D.ISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 18 SUR N. 29 D 12	TELÉFONO:	8054802
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de otros productos de madera: fabrica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7803904695			TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES Junio	AÑO 2021		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES Julio AÑO 2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/07/14			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1058356330

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
5-14	5-14 COLPENSIONES	2	$ 425.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 425.400	$ 0	$ 425.400
31001	31001-COLFONDOS	1	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.000	$ 0	$ 224.000
30301	30301-PORVENIR	5	$ 1.074.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.074.800	$ 0	$ 1.074.800
SUBTOTALES:										$ 1.724.200	$ 0	$ 1.724.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 249.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.600	$ 0	$ 0	$ 249.600
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 60.000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 38.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 38.400	$ 0	$ 0	$ 38.400
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 70.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 92.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.400	$ 0	$ 0	$ 92.400
SUBTOTALES:													$ 508.400	$ 0	$ 0	$ 508.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	6		$ 0	$ 0		$ 0	$ 630.100	$ 630.100	$ 0	$ 0	$ 630.100
SUBTOTALES:									$ 630.100	$ 0	$ 0	$ 630.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	6	$ 428.800	$ 0	$ 428.800
SUBTOTALES:			$ 428.800	$ 0	$ 428.800

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
FAICBF	FAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 28.400	$ 0	$ 28.400
SUBTOTALES:			$ 28.400	$ 0	$ 28.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1012390541	AYA TIQUE VELO JIMENA	DEPEND		$ 878.000	FIJO		SI																
2	CC 1012450881	RIVERA MALDONADO RONALDO	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO		SI																
3	CC 1065870355	SANTANA LOPEZ SAMUEL DAVID	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO		SI																
4	CC 52487763	RODRIGUEZ RIVERA LILIANA	DEPEND		$ 1.750.000	FIJO		SI																
5	CC 71650088	SANTANA ARRIETA NEY	DEPEND		$ 908.526	FIJO		SI																
6	CC 74183330	PEREZ RODRIGUEZ LUIS FERNANDO	DEPEND		$ 2.000.000	FIJO		SI																
7	CC 8264478	MORENO RUBIANO DIOGENES	DEPEND		$ 878.000	FIJO		NO																
8	CC 8758947	DEL RIVERA DANIEL EDUARDO	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO		SI																

Nº	SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINED TOTAL APORT
1	30301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS017-FAMISANAR	30	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 36.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908.526		$ 22.200	30	$ 878.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$
2	30301-PORVENIR	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 56.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.400.000		$ 97.500	30	$ 1.400.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$
3	31001-COLFONDOS	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 56.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.400.000		$ 97.500	30	$ 1.400.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$
4	5-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.000	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.750.000	$ 70.000	$ 0	$ 70.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.750.000		$ 42.700	30	$ 1.750.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$
5	5-14 COLPENSIONES	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 36.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908.526		$ 63.300	30	$ 908.526	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$
6	230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 2.000.000		$ 139.200	30	$ 2.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$
7	230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908.526		$ 63.300	30	$ 878.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 35.200	$ 0	$ 26.400	$ 0	$
8	230301-PORVENIR	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.500.000		$ 104.400	30	$ 1.500.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$

2021/07/22 2:33 PM USUARIO: SOI CC52487763

JHB

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830045483
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDINA JUEGOS PARQUES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 18 SUR N. 29 D 12	TELEFONO:	8054802
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de otros productos de madera; fabrica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			78039046895	TIPO DE PLANILLA			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Julio AÑO	2021
DÍAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/07/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1068356330

TOTAL	$ 3.317.900

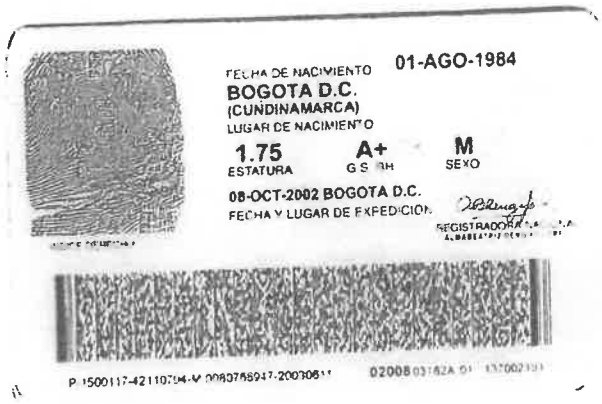
Planilla Pagada
aportes SOI
Planilla Pagada



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80768947

LEAL RIVERA

DANIEL EDUARDO



FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
08-OCT-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co

Fecha de Atención
17/6/21, 4:33 p. m.



DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad	Documento #	Tipo de Examen	Cargo
36	80768947	Ingreso	Coordinador de producción

INFORMACIÓN

DANIEL LEAL

Ciudad
Bogotá

Empresa
ANDINA JUEGOS Y PARQUES SAS

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

PACIENTE EUTROFICO.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. EJERCICIO AEROBICO
4. DIETA BALANCEADA
5. MEDIDAS ERGONÓMICAS PARA CONDUCCIÓN
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 1.5 A 2 MTS
USO PERMANENTE DE TAPABOCAS
LAVADO DE MANOS
7. CONTROL VISUAL ANUAL
8. SEGUIMIENTO POR HIPERTENSION ARTERIAL.

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SEGÚN CIRCULAR 30 DE 2020 COVID 19:

Según valoración médica realizada el paciente no presenta comorbilidades o condiciones que deriven riesgo de complicaciones en caso de infección por Covid-19. Esta valoración se realiza de acuerdo a lo establecido a la Circular 30 de 2020 emitida por el Min. Salud

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

FIRMA TRABAJADOR
daniel
leal
80768947

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830045483
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDINA JUEGOS PARQUES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 18 SUR N. 29 D 12	TELEFONO:	8054802
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de otros productos de madera; fabrica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7603904595	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO	2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/07/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1058356330

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
05-14	05-14 COLPENSIONES	2	$ 425.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 425.400	$ 0	$ 425.400
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.000	$ 0	$ 224.000
230301	230301-PORVENIR	5	$ 1.074.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.074.800	$ 0	$ 1.074.800
SUBTOTALES:										$ 1.724.200	$ 0	$ 1.724.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 249.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.800	$ 0	$ 0	$ 248.800
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 60.000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 36.400
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 70.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 92.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.400	$ 0	$ 0	$ 92.400
SUBTOTALES:													$ 508.400	$ 0	$ 0	$ 508.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	6		$ 0	$ 0		$ 0	$ 630.100	$ 630.100	$ 0	$ 0	$ 630.100
SUBTOTALES:									$ 630.100	$ 0	$ 0	$ 630.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	8	$ 428.800	$ 0	$ 428.800
SUBTOTALES:			$ 428.800	$ 0	$ 428.800

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 28.400	$ 0	$ 28.400
SUBTOTALES:			$ 28.400	$ 0	$ 28.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1012390641	TATIYUDE CHELO SIMENA	DEPEND		$ 878.000	FIJO		SI		230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS017-FAMISANAR	30	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 36.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908.526		$ 22.200	30	$ 878.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1012450951	RIVERA MALDONADO RONALDO	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO		SI		230301-PORVENIR	30	1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000	EPS017-FAMISANAR	30	1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 56.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	1.400.000		$ 97.500	30	1.400.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1065870355	SANTANA LOPEZ SAMUEL DAVID	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO		SI		231001-COLFONDOS	30	1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 56.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	1.400.000		$ 97.600	30	1.400.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 52487763	RODRIGUEZ BARA LILIANA	DEPEND		$ 1.750.000	FIJO		SI		05-14 COLPENSIONES	30	1.750.000	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.000	EPS008-COMPENSAR	30	1.750.000	$ 70.000	$ 0	$ 70.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	1.750.000		$ 42.700	30	1.750.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 73050086	SANTANA ARRIETA HEY	DEPEND		$ 908.526	FIJO		SI		05-14 COLPENSIONES	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 36.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908.526		$ 63.300	30	$ 908.526	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 74183330	PEREZ RODRIGUEZ LUIS FERNANDO	DEPEND		$ 2.000.000	FIJO		SI		230301-PORVENIR	30	2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	2.000.000		$ 139.200	30	2.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 80264478	MORENO MUBIANO DIOGENES	DEPEND		$ 878.000	FIJO		NO		230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 908.526	$ 113.800	$ 0	$ 113.800	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908.526		$ 63.300	30	$ 878.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 36.200	$ 0	$ 28.400	$ 0	$ 0
8	CC 80768947	LEAL RIVERA SAMUEL EDUARDO	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO		SI		230301-PORVENIR	30	1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	1.500.000		$ 104.400	30	1.500.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

29

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830045483
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ANDINA JUEGOS PARQUES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 18 SUR N. 29 D 12	TELÉFONO:	8054802
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	6-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de otros productos de madera; fabrica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		61
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			76039046 95	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Julio AÑO		2021
DÍAS DE MORA:			0					1058386330
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/07/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				

TOTAL	$ 3.317.900

Planilla Pagada
Planilla Pagada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.450.951

RIVERA MALDONADO
APELLIDOS

RONALDO
NOMBRES

Ronaldo Rivera M.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1998
PAYA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00835516-M-1012450951-20160607 0050041514G 2 46421931

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co

Fecha de Atención
17/6/21, 5:13 p. m.



DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad	Documento #	Tipo de Examen	Cargo
23	1012450951	Ingreso	Conductor e Instalador

INFORMACIÓN

RONALDO RIVERA

Ciudad
Bogotá

Empresa
ANDINA JUEGOS Y PARQUES SAS

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

PACIENTE EUTROFICO

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. DIETA BALANCEADA
4. EJERCICIO AEROBICO
5. CONTROL DE PESO
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 1.5 A 2 MTS
EVITAR LOS CONTACTOS ESTRECHOS POR MAS DE 15 MIN SIN TAPABOCAS
USO PERMANENTE DE TAPABOCAS
LIMPIEZA DE PUESTO DE TRABAJO
LAVADO DE MANOS
7. CONTROL VISUAL ANUAL
8. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SEGÚN CIRCULAR 30 DE 2020 COVID 19:

Según valoración médica realizada el paciente no presenta comorbilidades o condiciones que deriven riesgo de complicaciones en caso de infección por Covid-19. Esta valoración se realiza de acuerdo a lo establecido a la Circular 30 de 2020 emitida por el Min. Salud

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

Ronald

FIRMA TRABAJADOR
ronaldo
rivera
1012450951

455

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830045483
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDINA JUEGOS PARQUES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL		BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 18 SUR N. 29 D 12	DEPARTAMENTO:	8054802
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	TELÉFONO:	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de otros productos de madera; fabrica
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7803904895	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO	2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/07/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1058355330

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 425.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 425.400	$ 0	$ 425.400
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.000	$ 0	$ 224.000
230301	230301-PORVENIR	5	$ 1.074.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.074.800	$ 0	$ 1.074.800
SUBTOTALES:										$ 1.724.200	$ 0	$ 1.724.200

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 249.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.600	$ 0	$ 0	$ 249.600
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 60.000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 36.400
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 70.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 92.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.400	$ 0	$ 0	$ 92.400
SUBTOTALES:													$ 508.400	$ 0	$ 0	$ 508.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	8		$ 0	$ 0		$ 0	$ 830.100	$ 830.100	$ 0	$ 0	$ 830.100
SUBTOTALES:									$ 830.100	$ 0	$ 0	$ 830.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	8	$ 428.800	$ 0	$ 428.800
SUBTOTALES:			$ 428.800	$ 0	$ 428.800

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 26.400	$ 0	$ 26.400
SUBTOTALES:			$ 26.400	$ 0	$ 26.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1012390541	VALENTIQUE CIELO XIMENA	DEPEND		$ 878.000	FIJO			SI																
2	CC 1012450954	RIVERA VALDONADO RONALDO	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI																
3	CC 1068870355	SANTANA LOPEZ MANUEL DAVID	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI																
4	CC 52487763	RODRIGUEZ BARA LILIANA	DEPEND		$ 1.750.000	FIJO			SI																
5	CC 53050088	SANTANA BARRIETA MEY	DEPEND		$ 908.526	FIJO			SI																
6	CC 74183330	PEREZ RODRIGUEZ LUIS FERNANDO	DEPEND		$ 2.000.000	FIJO			SI																
7	CC 80264478	MORENO RUBIANO DIOGENES	DEPEND		$ 878.000	FIJO			NO																
8	CC 80768947	LEAL RIVERA DANIEL EDUARDO	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO			SI																

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS017-FAMISANAR	30	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 36.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908.526		$ 22.200	30	$ 878.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	230301-PORVENIR	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 56.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.400.000		$ 97.500	30	$ 1.400.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	231001-COLFONDOS	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 56.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.400.000		$ 97.500	30	$ 1.400.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.000	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.750.000	$ 70.000	$ 0	$ 70.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.750.000		$ 42.700	30	$ 1.750.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 70.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	25-14 COLPENSIONES	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 36.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908.526		$ 83.300	30	$ 908.526	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 2.000.000		$ 139.200	30	$ 2.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 908.526	$ 113.800	$ 0	$ 113.800	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908.526		$ 63.300	30	$ 878.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 35.200	$ 0	$ 28.400	$ 0	$ 0
8	230301-PORVENIR	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.500.000		$ 104.400	30	$ 1.500.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830045483
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDINA JUEGOS PARQUES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 18 SUR N. 29 D 12	TELÉFONO:	8054802
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de otros productos de madera: fabrica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		81
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7603904695	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Julio AÑO		2021
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/07/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				1059356330

TOTAL	$ 3.317.900

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

2021/07/22 2:33 PM USUARIO: SOI CC52487763

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.487.763
RODRIGUEZ

APELLIDOS
SARA LILIANA

NOMBRES
Sara Rodriguez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1977
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-MAY-1995 BOGOTA D C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



0018410 M 210

Bienestar & Salud Laboral

Bienestar y Salud Laboral IPS
Lic. de Salud Ocupacional No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
Tel.772 2181
www.bsl.com.co

Ingreso

09/29/2020



Trabajador

Sara Liliana Rodriguez

Cédula	Cargo	Empresa
52487763	Secretaria / Coord. Admtva	ANDINA JUEGOS Y PARQUES

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Médico Osteomuscular ☑ Visiometría ☑ Audiometría ☐ Opto ☐ P. Lipídico ☐ Glicemia

ÉNFASIS

CONCEPTO

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

OSTEOMUSCULAR NORMAL. VISIÓN ADECUADA PARA LAS TAREAS A DESEMPEÑAR. NO SE DETECTAN CONDICIONES DE SALUD QUE IMPLIQUEN MAYOR RIESGO DE COMPLICACIONES EN CASO DE CONTAGIO CON COVID-19.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP : SEGUN RIESGOS DEL CARGO
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL
CAPACITACIÓN : ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES LABORALES Y EXTRALABORALES POR UN AÑO:

IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA DOS HORAS.
VERIFICAR QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FÍSICAS DEL TRABAJADOR.
UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACIÓN DE CARGAS.
PROMOVER LA REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO DIARIO Y DIETA BALANCEADA.
EVALUAR Y CALIFICAR OBJETIVAMENTE EL FACTOR DE RIESGO DE CARGA FÍSICA DINÁMICA EN LOS PUESTO DE TRABAJO DE ALTO RIESGO.
APLICAR PERIODICAMENTE EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DE RIESGO, LA ENCUESTA DE SINTOMAS DE PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES.
ESTABLECER MEDIDAS DE CONTROL DEL RIESGO OSTEOMUSCULAR EN EL DISEÑO DE LOS PUESTOS DE TRABAJO, EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y EN LAS PERSONAS.

SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGUIRIDAD DE LA EMPRESA, REPORTAR CUALQUIER ACCIDENTE O INCIDENTE A SU JEFE INMEDIATO.

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Sara Rodriguez
52487763

VOLVER

459

porvenir
sólo hay uno

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:

OSCAR ALEJANDRO SANTAMARIA BOCANEGRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.397.767**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Agosto del 2021.

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.

ARL | sura

Medellín, 26 de Agosto de 2021

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 CONSORCIO OPORTO que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96%
C1022397767	SANTAMARIA BOCANEGRA OSCAR ALEJANDRO	17/08/2021		23193195	DEPENDIENTE

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:C10223977672123831880

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 26/08/2021 08:51:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.255.90, 192.230.94.14, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

461

SaludTotal

Bogotá, Agosto 26 de 2021

Señor:
SANTAMARIA BOCANEGRA OSCAR ALEJANDRO
CC. 1022397767
CL 166 49 20 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 10 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
SANTAMARIA BOCANEGRA OSCAR ALEJANDRO	1022397767	C	Ene-10-2017	112	47	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL	1022397767	Aprendiz en etapa productiva.	CERRADO
CONSORCIO MI O	1022397767	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO OPORTO	1022397767	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO OPORTO	1022397767	Dependiente	VIGENTE
MULTIEMPLEOS LTDA	1022397767	Dependiente	CERRADO
MULTIEMPLEOS LTDA	1022397767	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALEXANDER VARGAS GUAYARA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80151069,** se encuentra afiliado/a desde **09/10/2000** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de agosto de 2021.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

463

ARL | sura

Medellín, 27 de agosto de 2021

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 CONSORCIO OPORTO que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C80151069	VARGAS GUAYARA ALEXANDER	30/08/2021		13092226	DEPENDIENTE

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 27/08/2021 14:50:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.252.151.156, 198.143.41.31, 172.16.42.57


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

80.151.069
VARGAS GUAYARA

ALEXANDER

alexander Vargas


FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1980
ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
06-NOV-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

- Sanitas
- Colpensiones

$1.000.000 + Subsidio

Ingreso 30-08-2021

Conductor.

Calle 57B # 81A - 16 Sur

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS

NIT. 830.136.521-5
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución No. 14910 de 28-11-2018 de

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 28-ago.-2021 **HORA** 08.45.26
EMPRESA CONSORCIO OPORTO NIT 901.351.629-6
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador Alexander Vargas Guayara
Edad 41 años 2 meses 26 dias
Documento de Identificación: CC Número: 80151069
Cargo CONDUCTOR

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Control Otorrino x EPS.
Pautas conservación auditiva- Ingresar P.V.E.R

Optometria
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO. USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON FILTRO AR, CONTROL ANUAL
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO. USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON FILTRO AR, CONTROL ANUAL

Otras Recomendaciones: 1/ Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento) 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados con la alimentación. 6/ Control con odontologia anual y con medicina general anual por EPS. 7/ Tecnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 8/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral.9/ Hidratación constante. 10/ Habitos saludables

12/ No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. 13/ Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS
MEDICO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR: Normal.
REMISION A EPS: VALORACION POR NUTRICION, OTORRINO

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		Trabajador		
Firma	Henry Orozco Solano Med. Esp. Salud Ocup.	Firma	Alexander Vargas	Huella
Nombre:	HENRY OROZCO SOLANO	Nombre:	Alexander Vargas Guayara	
RM.	72264756 Lic.SO.	CC N°	80151069	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D/M/A)

139228705

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

A. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación: X | B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual | Cotizante o Cabeza de Familia: X | B. Conyugal | D. De Oficio | Beneficiario o Afiliado adicional | C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo: X | B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante: X | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ✓ | B. Independiente | C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: VARGAS | Segundo Apellido: CORVARA | Primer Nombre: ALEXANDER | Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CN | RC | TI | CC ✓ | CE | PA | CD | SC
8. Número del documento de identidad: 83151961
9. Sexo: Femenino | Masculino: X
10. Fecha de nacimiento: 12 | 06 | 1982

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales
11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M | Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones: COLPENSIONES
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.000.000
18. Residencia
Dirección: CALLE 58 # 91A-16 SUR
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3145544581 | Correo Electrónico: contactoforo@gmail.com
Municipio / Distrito: BOGOTA | Zona: Urbana / Rural | Localidad / Comuna
Departamento: Bogota

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante
19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad: CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino | Masculino
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				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		10210 - 10044
B		
B		
B		

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

467

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de afiliado (solo para el Empleador designado por la EPS)
Consorcio Apollo	NIT X TI CE / CC PA CD	901.351.629 - 6	

39. Ubicación
Dirección: Calle 18 Sur # 29 d - 12
Teléfono Fijo: 3059801

Correo Electrónico: Consorcio.apollo@gmail.com
Municipio / Distrito: Bogotá
Departamento:

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

C. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN RC TI CC CE PA CD SC		Femenino Masculino		28 08 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	Código	

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [x] 49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- [x] 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
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o Beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

VIII. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Cantidad	TOTAL
56. Anexo copia del documento de identidad										

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 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
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por orden de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código de Municipio	Código de Departamento	67. Datos del SISBEN: Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker precargamiento

Sanitas
OFICINA ZONA DI
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
28 AGO 2021
RECIBIDO POR:
11 42

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LADY ANDREA GIRALDO ORTEGA identificado(a) con C.C No. 53.049.708, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de agosto del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

469

Medellín, 13 de agosto de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LADY ANDREA GIRALDO ORTEGA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53049708 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 17/08/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO OPORTO N901351629

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5742101

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 13/08/2021 4.15 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 190.252.39.147, 198.143.41.5, 172.16.42.57

470

Bienestar & Salud Laboral

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co

Fecha de Atención
2/8/21, 10:46 a. m.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad	Documento #	Tipo de Examen	Cargo
	53049708	Periódico	PROFESIONAL SSTMA

INFORMACIÓN

LADY ANDREA
GIRALDO ORTEGA

Ciudad
Bogotá

Empresa
CONSORCIO OPORTO

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES LABORALES

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

PACIENTE ASINTOMATICA
* EMBARAZO DE 24.4 SEMANAS POR FUM *

RECOMENDACIONES GENERALES

1- NO REALIZAR LABORES EN TURNOS NOCTURNOS DURANTE EL EMBARAZO
2- NO LABORAR MAS DE 8 HORAS AL DIA DURANTE EL EMBARAZO
3- NO LABORAR DE PIE POR MAS DE 2 HORAS CONTINUAS DURANTE EL EMBARAZO
4- NO LABORAR EN AREA CON EXPOSICION A RUIDOS / ZONA DE CONSTRUCCION DURANTE EL EMBARAZO
5- ACUDIR A CONTROLES PRENATALES POR SU EPS
6- DEMOSTRAR CUMPLIMIENTO DE CONTROLES MEDICO Y SU TRATAMIENTO

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SEGÚN CIRCULAR 30 DE 2020 COVID 19:

Según valoración médica realizada el paciente no presenta comorbilidades o condiciones que deriven riesgo de complicaciones en caso de infección por Covid-19. Esta valoración se realiza de acuerdo a lo establecido a la Circular 30 de 2020 emitida por el Min. Salud

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

Andrea

FIRMA TRABAJADOR
LADY
GIRALDO
53049708

EPS Sanitas

NIT. 800 251 440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

149688950

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
A. Afiliación B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación
A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio
- Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional

3. Régimen
A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante
A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
GIRALDO	ORTEGA	JADY	ANDREA

7. Tipo de documento de identidad
CN TI CE CD
RC CC X PA SC

8. Número del documento de identidad
53049708

9. Sexo
Femenino X Masculino

10. Fecha de nacimiento
19051985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad
Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones
COLFONDOS

17. Ingreso base de cotización - IBC
3.160.200

18. Residencia

Dirección: CR. 35A N. 50-80

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3015621023

Correo Electrónico:

Municipio / Distrito: BOGOTA

Zona: Urbana X Rural

Localidad / Comuna:

Departamento: D.C.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	20. Tipo de documento de identidad (CN TI CE CD / RC CC PA SC)	21. Número del documento de identidad	22. Sexo (Femenino / Masculino)	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			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

472

35. Nombre o razón social: IAD Y ANDREA GIR.

36. Tipo documento de identificación: NIT TI CE / CC PA CD

37. Número del documento de identificación: 53049708

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección: CR. 35A N. 50-80

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio Distrito: BOGOTA

Departamento: D.C

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD / RC CC PA SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento

42. Fecha: 13 08 2021

43. EPS anterior: SANITAS

44. Motivo de traslado Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48 Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y cópia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envie 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, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56 Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad — TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBÉN Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento

Numero de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: OLGA IVEIA 43586783

Sello de Radicación: Olga Lucia Mosquera Arias Cels: 312 387 3605

Sticker procesamiento

478

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ADAMES REYES CRISTIAN DANIEL** identificado(a) con **CC** número **1.030.594.755** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de noviembre de 2014 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 05 de agosto de 2021.

Cordialmente,

Laura P. Merchan M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

USU 6

ARL | sura

Medellín, 05 de agosto de 2021

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 CONSORCIO OPORTO que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1030594755	ADAMES REYES CRISTIAN DANIEL	09/08/2021		237K2262	DEPENDIENTE

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/08/2021 10:42:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.252.51.231, 198.143.41.6, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.594.755
ADAMES REYES
APELLIDOS
CRISTIAN DANIEL
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1991
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-JUL-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
NATHALIE JOHNSON RAMOS

BSL
Bienestar & Salud Laboral

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co

Fecha de Atención
2/8/21, 3:29 p. m.



DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad	Documento #	Tipo de Examen	Cargo
30	1030594755	Periódico	**RESIDENTE DE OBRA**

INFORMACIÓN

CRISTIAN DANIEL
ADAMES REYES

Ciudad
Bogotá

Empresa
CONSORCIO OPORTO

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

PACIENTE ASINTOMATICO

RECOMENDACIONES GENERALES

1- USO DE LENTES CORRECTIVAS (ANTE OJOS)

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SEGÚN CIRCULAR 30 DE 2020 COVID 19:

Según valoración médica realizada el paciente **no presenta** comorbilidades o condiciones que deriven riesgo de complicaciones en caso de infección por Covid-19. Esta valoración se realiza de acuerdo a lo establecido a la Circular 30 de 2020 emitida por el Min. Salud

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

FIRMA TRABAJADOR
CRISTIAN
ADAMES
1030594755

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9007896014

No. de Radicación: 22164327

Fecha de Radicación: 09 08 2021

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia ☒ • Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☒ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Código (a registrar por la EPS):

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

6. Apellidos y nombres			
ADAMES	REYES	CRISTIAN	DANIEL

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1030594755
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento: 02 06 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo ☐ Condición ☐
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA
16. Administradora de pensiones:
17. Ingreso base de cotización - IBC: $5.000.000
18. Residencia: Zona Urbana ☐ Rural ☐

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:
20. Tipo de documento de identidad:
21. Número del documento de identidad:
22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
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				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad Tipo (F N M T P)	Condición	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
CONSORCIO APORTO	NIT	901351629		
39. Ubicación				
CALLE 18 SUR 29 D 12	8054802		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad: 09 08 2021
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales ☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios ☐
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud ☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales ☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran ☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 ☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular suministrado en el traslado ☐

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ CD ☐ SC ☐ Cantidad ____ Total ____
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital ☐
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos o escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor ☐
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia ☐
62. Copia del 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. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud ☐
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: ARQUITECTO RESIDENTE

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

478

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GAMBOA CASTELLANOS CRISTIAN CAMILO** identificado(a) con **CC** número **1.019.108.010** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de julio de 2014 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 20 de agosto de 2021.

Cordialmente,

Laura P. Merchan M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

ARL | sura

Medellín, 26 de agosto de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que CRISTIAN CAMILO GAMBOA CASTELLANOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1019108010 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 02/10/2020 **Fecha fin cobertura:** 11/03/2021

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO OPORTO N901351629

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5742101

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6,96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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:
C10191080102123832397

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: 26/08/2021 9.00 AM

Dirección IP: 181.54.255.90, 192.230.94.14, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.019.108.010
GAMBOA CASTELLANOS
APELLIDOS
CRISTIAN CAMILO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.81 ESTATURA
O+ G.S RH
M SEXO
29-MAY-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00911654-M-1019108010-20170508 0065723539A 2 9910028323

BSL
Bienestar & Salud Laboral

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



Fecha de Atención
2/8/21, 10:15 a. m.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad	Documento #	Tipo de Examen	Cargo
26	1019108010	Ingreso	TOPOGRAFO

INFORMACIÓN

CRISTIAN CAMILO
GAMBOA
CASTELLANOS

Ciudad
Bogotá

Empresa
CONSORCIO OPORTO

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

PACIENTE ASINTOMATICO

RECOMENDACIONES GENERALES

NINGUNA

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SEGÚN CIRCULAR 30 DE 2020 COVID 19:

Según valoración médica realizada el paciente no presenta comorbilidades o condiciones que deriven riesgo de complicaciones en caso de Infección por Covid-19. Esta valoración se realiza de acuerdo a lo establecido a la Circular 30 de 2020 emitida por el Min. Salud

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

FIRMA TRABAJADOR
CRISTIAN
GAMBOA
1019108010

Famisanar

NIT 830.003.564-7

06 2994872

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

Datos complementarios

Selección de la IPS Primaria

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

B REPORTE DE NOVEDADES

VI DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VII DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII FIRMAS

IX ANEXOS

DAS16252 Famisanar

20 AGO 2021

Firma

X DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

OBSERVACIONES:

NO PRESENTA

1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL

483

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CARDENAS CARDONA JAIRO ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **70.728.180** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 2004 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 28 de septiembre de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

484

ARL | sura

Medellín, 05 de agosto de 2021

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 CONSORCIO OPORTO que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C70728180	CARDENAS CARDONA JAIRO ALBERTO	09/08/2021		18394D16	DEPENDIENTE

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 05/08/2021 11:29:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.252.51.231, 198.143.41.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

485



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
70.728.180
NUMERO
CARDENAS CARDONA
APELLIDOS
JAIRO ALBERTO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1974
SONSON
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
31-MAR-1993 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

DR. JUAN CARLOS MARTINEZ
Salud Ocupacional

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA 21/09/2020
NOMBRE/ JAIRO ALBERTO CARDENAS CARDONA
DOC. DE IDENTIFICACION/ 70728180

TIPO DE EXAMEN: INGRES [X] **PERIODICO** **TRABAJO EN ALTURAS** [X]
INFORMACIONGENERAL:

EMPRESA: CONSORCIO OPORTO [ ]

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

OPTOMETRIA		NORMAL				COLESTEROL	SI
ESPIROMETRIA		NORMAL				TRIGLICERIOS	SI
ELECTROCARDIOGRAMA		NORMAL				GLICEMIA	SI
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR		NORMAL				Química parámetros normales	SI
HEMOCLASIFICACION	O+	ESTATURA	1.64 CM	PESO	88 KG	AUDIOMETRIA	NORMAL

CONCLUSIONES

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO SIN RESTRICCIONES	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO	X	
APLAZADO			REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		X
APTO CON RESTRICCIONES			REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		X
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		X
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		X
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

Valoración médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 1409 del 23 de julio del 2012

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		X
Estas alteraciones la futura capacidad laboral del trabajador?		X

- Se autoriza al trabajador para laborar, en alturas y espacios confinados según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 1409 del 23 de julio del 2012:
  SI (X) **NO ( )**

PACIENTE APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (SI)

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL PACIENTE

HUELLA

CORREO:drjuanmartinezocupacional@gmail.com **verificaciones drmartinezocupacional.com**

CONTACTO TEL 3102430953 DIRECCION CRA 22 N0. 22-33 B.OLAYA

Cra 21 No. 22-33 B. Olaya
Cel. 310 243 0953
drjuanmartinezocupacional@gmail.com
Verificaciones
www.drjuanmartinezocupacional.com

487

- ORIGINAL: E.P.S. -

REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

12 08 2021

CARDENAS | CARDONA | JAIRO | ALBERTO
70728180 | 24 04 1974

SURA

PROTECCION | 1.700.000 | CLL 48 SUR 13D-19 | RAFAEL URIBE | RESTREP
BOGOTA | BOGOTA | 6213251 | 3115777666 | JAIROCA2008@HOTMAIL.COM

CONSORCIO OPORTO | 901351629 | 6
CLL 18 SUR N 23D - 12 | BOGOTA | BOGOTA | 3148542 | 3015621023 | CONSORCIO OPORTO@GMAIL.COM
09 08 2021 | INSPECTOR OBRA | 1.7000.000

CARDENAS | CARDONA | JAIRO | ALBERTO
70728180 | 24 1974 04
09 08 2021 | PROTECCION

nueva eps
Recibido para estudio
Olga Lucia Mosquera Arias
Codigo 2212 Cels 312 387 3805

- 2da COPIA: AFILIADO -

V88

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CONTRERAS ZARTHA LEONARDO** identificado(a) con **CC** número **1.013.668.833** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 18 de septiembre de 2018 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 09 de agosto de 2021.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

ARL | sura

Medellín, 05 de agosto de 2021

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 CONSORCIO OPORTO que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1013668833	CONTRERAS ZARTHA LEONARDO	09/08/2021		16715420	DEPENDIENTE

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/08/2021 12:32:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.252.51.231, 198.143.41.6, 172.16.42.57

498

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.668.833
CONTRERAS ZARTHA

APELLIDOS

LEONARDO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1996

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

20-AGO-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00619414-M-1013668833-20140909 0039877698A 1 42207658

491

BSL
Bienestar & Salud Laboral

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233. Bogotá D C
www.bsl.com.co



Fecha de Atención
2/8/21, 10:21 a. m.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad	Documento #	Tipo de Examen	Cargo
24	1013668833	Periódico	APOYO INGENIERIA

INFORMACIÓN

LEONARDO
UNDEFINED
CONTRERAS
ZARTHA

Ciudad
Bogotá

Empresa
CONSORCIO OPORTO

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

PACIENTE ASINTOMATICO

RECOMENDACIONES GENERALES

NINGUNA

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SEGÚN CIRCULAR 30 DE 2020 COVID 19:

Según valoración médica realizada el paciente no presenta comorbilidades o condiciones que deriven riesgo de complicaciones en caso de infección por Covid-19. Esta valoración se realiza de acuerdo a lo establecido a la Circular 30 de 2020 emitida por el Min. Salud

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

leonardo C Z

FIRMA TRABAJADOR
LEONARDO
CONTRERAS
1013668833

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación

139228721

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	[illegible]	Femenino Masculino X	[illegible]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	[illegible]	1.200.000

18. Residencia	
Dirección	Teléfono Fijo
[illegible]	[illegible]

Teléfono Celular	Correo Electrónico
[illegible]	[illegible]

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
[illegible]	Urbana X Rural		[illegible]

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

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

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

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

Original: EPS - Copia: PACIENTE - No Copias: ARCHIVO

493

NIT TI CE
CC PA CD

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

C. DATOS DE LA PERSONA A AFILIAR

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN RC TI CC CE PA CD SC
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino Masculino
Fecha de Nacimiento
42. Fecha

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

D. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no cotización al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
- [X] 49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 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
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

E. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

F. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad TOTAL

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 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
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencial de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

G. ACTO DE VERIFICACIÓN DILIGENCIADO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio — Código del Departamento

67. Datos del SISBEN
Número de ficha — Puntaje — Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

Tipo de documento — Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones:

Recibido EPS Sanitas
06 AGO 2021
RECIBIDO POR:

Se entiende que con la firma del formulario, el afiliado acepta la veracidad de la información consignada en el capítulo VI del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación

Sticker protesis mama

494

Colpensiones
Ve por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARYI ROCIO MORA CAMPOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **65753676,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de septiembre de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

495

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARYI ROCIO MORA CAMPOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **65753676,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de septiembre de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

4096

ARL | sura

Medellín, 05 de agosto de 2021

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 CONSORCIO OPORTO que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C65753676	MORA CAMPOS MARYI ROCIO	09/08/2021		z2141712	DEPENDIENTE

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 05/08/2021 11:35:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.252.51.231, 198.143.41.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VGA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **65.753.676**

MORA CAMPOS

APELLIDOS

MARYI ROCIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-OCT-1971**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-AGO-1990 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150 00155326-F-0065753676 20090428 0011100113A 2. 1220040079

498

Bienestar & Salud Laboral

Bienestar y Salud Laboral IPS
Lic. de Salud Ocupacional No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
Tel.772 2181
www.bsl.com.co

Ingreso

09/29/2020



Trabajador

Maryi Rocio Campos

Cédula

65753676

Cargo

Contadora

Empresa

Consorcio Oporto

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Médico Osteomuscular ☑ Visiometría ☑ Audiometría ☐ Opto ☐ P. Lipídico ☐ Glicemia

ÉNFASIS

CONCEPTO

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

VISIÓN ADECUADA PARA EL CARGO.
OSTEOMUSCULAR NORMAL. NO SE DETECTAN CONDICIONES DE SALUD QUE IMPLIQUEN MAYOR RIESGO DE COMPLICACIONES EN CASO DE CONTAGIO CON COVID-19

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP : SEGUN RIESGOS DEL CARGO
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL
CAPACITACIÓN : ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES LABORALES Y EXTRALABORALES POR UN AÑO:

IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA DOS HORAS.
VERIFICAR QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FÍSICAS DEL TRABAJADOR.
UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACIÓN DE CARGAS.
PROMOVER LA REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO DIARIO Y DIETA BALANCEADA.
EVALUAR Y CALIFICAR OBJETIVAMENTE EL FACTOR DE RIESGO DF CARGA FÍSICA DINÁMICA EN LOS PUESTO DE TRABAJO DE ALTO RIESGO.
APLICAR PERIODICAMENTE EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DE RIESGO, LA ENCUESTA DE SINTOMAS DE PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES.
ESTABLECER MEDIDAS DE CONTROL DEL RIESGO OSTEOMUSCULAR EN EL DISEÑO DE LOS PUESTOS DE TRABAJO, EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y EN LAS PERSONAS.

SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGUIRIDAD DE LA EMPRESA, REPORTAR CUALQUIER ACCIDENTE O INCIDENTE A SU JEFE INMEDIATO.

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Maryi Campos
65753676

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 10 08 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [✓]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [✓] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 01

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

6. Apellidos y nombres			
MORA	CAMPOS	MARYI	ROCIO

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 65753676
9. Sexo: Femenino [✓] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 09 10 1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo [ ] Carnet [ ] | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA | 16. Administradora de pensiones: COLPENSIONES

17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 908.526
18. Residencia: Carrera 28 # 11 - 67 — 3164720128

maroci333@hotmail.com | BOGOTA | Zona Urbana [✓] Rural [ ] | RAFAEL URIBE | BOGOTA

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
20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | 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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Tipo: F	N	M	T	P	31. Discapacidad	Municipio / Distrito	32. Datos de residencia: Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
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)
Cc		
B	AV 1 DE MAYO RED SUR	1059
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: CONSORCIO OPORTO
36. Tipo de documento de identificación: NT
37. Número del documento de identificación: 901351629
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: CALLE 18 SUR # 29 D 12 | 5621023 | consorcio.oporto@gmail.com | BOGOTA | BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha: 09 08 2021
43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [✓]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación, del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [✓]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2012 [✓]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [✓]

VIII. FIRMAS

Maryi Mora Campos — Andrea Carvajalino



IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad. CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [✓] Cant. 1 PA [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. 1
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
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. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de [illegible] o del acto administrativo de custodia [ ]
62. Documento [illegible] la petición de la persona [illegible] suscrito por el cotizante sobre la ausencia de los padres [ ]
63. Copia de la [illegible] [ ]
64. Certificado [illegible] una [illegible] [ ]
65. Copia del [illegible] la calidad [illegible] [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad [ ] | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario
OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

500

Medellín, 05 de agosto de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que MONICA ROCIO MUÑOZ HERNANDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52393006 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 09/08/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO OPORTO N901351629

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5742101

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 05/08/2021 11.43 AM

Dirección IP: 190.252.51.231, 198.143.41.6, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.393.006**

MUÑOZ HERNANDEZ

APELLIDOS

MONICA ROCIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ENE-1978**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **O+** **F**
ESTATURA G S RH SEXO

01-ABR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1503100-00194919-F-0052393006-20091108 0017817331A 1 1900102804

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co

Fecha de Atención
9/8/21, 8:52 a. m.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad	Documento #	Tipo de Examen	Cargo
	52393006	Ingreso	residente social

INFORMACIÓN

MONICA ROCIO MUÑOZ

Ciudad
Bogotá

Empresa
CONSORCIO OPORTO

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Visiometría, Audiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONÓMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. RECOMENDACIONES DE CUIDADO PARA LA VOZ:
HIDRATACION FRECUENTE
EVITAR CAMBIOS BRUSCO DE TEMPERATURA
LIMITAR LA INGESTA DE BEBIDAS QUE CONTENGAN ALCOHOL O CAFEINA
EVITAR COMIDAS PICANTES O MUY CONDIMENTADAS.
EJERCICIOS DE VOZ. NO FUMAR
EVITAR ENJUAGUES BUCALES CON ALCOHOL.
6. EJERCICIO AEROBICO
7. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 1.5 A 2 MTS
EVITAR LOS CONTACTOS ESTRECHOS POR MAS DE 15 MIN SIN TAPABOCAS
USO PERMANENTE DE TAPABOCAS
LIMPIEZA DE PUESTO DE TRABAJO
LAVADO DE MANOS SEGÚN TECNICA DE LA OMS
8. ALIMENTACIÓN BALANCEADA
9. CONTROL DEL PESO
10. CONTROL VISUAL ANUAL

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SEGÚN CIRCULAR 30 DE 2020 COVID 19:

Según valoración médica realizada el paciente no presenta comorbilidades o condiciones que deriven riesgo de complicaciones en caso de infección por Covid-19. Esta valoración se realiza de acuerdo a lo establecido a la Circular 30 de 2020 emitida por el Min. Salud

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

FIRMA TRABAJADOR
MONICA
MUÑOZ
52393006

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO
Razón Social: MONICA ROCIO MUNOZ
Identificación: CC-52393006
Sucursal: 0
Período Pensión: 2021-07
Período Salud: 2021-07
Fecha Pago Planilla: 2021-07-29

Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Número Identificación	52,393,006
Nombre	MONICA ROCIO MUÑOZ HERNANDEZ
EPS	SANITAS
AFP	PORVENIR
Caja de Compensación	SIN CCF
ARP	POSITIVA
Número de planilla	20738077
Referencia de pago(PIN)	
Tipo de planilla	I
Período pensión	2021-07
Período salud	2021-07
Tipo de cotizante	
Subtipo de cotizante	No aplica

Novedades															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
															0

Dias Cotizados	
PENSIÓN	30
SALUD	30
RIESGOS	30
CAJA DE COMPENSACION	0

Tipo de salario	Salario	IBC Pensión	908,526
IBC Salud	908,526	IBC Riesgos	908,526
IBC Cajas	0	IBC SENA e ICBF	$0
Salario	908,526		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES							
Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total Cotización	Fondo de Sol Pensional	Fondo de Subs Pensional	Valor no retenido aportes vol
		Afiliado	Aportante				
16.0%	145,400	0	0	145,400	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE SALUD						
			Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad	
Tarifa	Cotización Obligatoria	UPC adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
0.1250000	113,600	0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES		
Centro de Trabajo		
Cóodigo centro de trabajo	Tarifa	Cotización Obligatoria
52393006	0.0052200	4,800

APORTES PARAFISCALES

304

Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa Caja	Aporte Caja	Tarifa MIN EDU	Aporte MIN EDU
0.0000000	0	0.0000000	0	0.0000000	0	0.0000000	0	0.0000000	0

PAGADO

ARL | sura

Medellín, 05 de agosto de 2021

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 CONSORCIO OPORTO que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1054091050	NOVA JEREZ ROBINSON GERMAN	09/08/2021		22713717	DEPENDIENTE

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 05/08/2021 11:26:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.252.51.231, 198.143.41.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

506



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.054.091.050

NOMBRES
NOVA JEREZ

APELLIDOS
ROBINSON GERMAN

FIRMA



25-FEB-1988
FECHA DE NACIMIENTO
SACHICA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
07-ABR-2006 VILLA DE LEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-0713560-33145914-M-1054091050-20060829 0410300417 02 205214102

507

Bienestar y Salud Laboral IPS
Lic. de Salud Ocupacional No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
Tel.772 2181
www.bsl.com.co

Ingreso

10/23/2020



Trabajador

ROBINSON GERMÁN NOVA JEREZ

Cédula	Cargo	Empresa
1054091050	Geotecnista	CONSORCIO OPORTO

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Médico Osteomuscular ☑ Visiometría ☑ Audiometría ☐ Opto ☐ P. Lipídico ☐ Glicemia

ÉNFASIS

CONCEPTO

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

VISIÓN ADECUADA PARA EL TRABAJO.
OSTEOMUSCULAR NORMAL. NO SE ESPERA QUE APAREZCAN COMPLICACIONES EN CASO DE CONTAGIO CON EL COVID.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP . SEGUN RIESGOS DEL CARGO
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL
CAPACITACIÓN : ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES LABORALES Y EXTRALABORALES POR UN AÑO:

IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA DOS HORAS.
VERIFICAR QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FÍSICAS DEL TRABAJADOR.
UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACIÓN DE CARGAS.
PROMOVER LA REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO DIARIO Y DIETA BALANCEADA.
EVALUAR Y CALIFICAR OBJETIVAMENTE EL FACTOR DE RIESGO DE CARGA FÍSICA DINÁMICA EN LOS PUESTO DE TRABAJO DE ALTO RIESGO.
APLICAR PERIODICAMENTE EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DE RIESGO, LA ENCUESTA DE SINTOMAS DE PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES.
ESTABLECER MEDIDAS DE CONTROL DEL RIESGO OSTEOMUSCULAR EN EL DISEÑO DE LOS PUESTOS DE TRABAJO, EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y EN LAS PERSONAS.

SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGUIRIDAD DE LA EMPRESA, REPORTAR CUALQUIER ACCIDENTE O INCIDENTE A SU JEFE INMEDIATO.

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

ROBINSON NOVA
1054091050

5

EPS Sanitas

NIT. 800.251.440-6

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

139964390

A. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia X B. Conyuge Beneficiario o Afiliado adicional C. Independiente D. De Oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente D. Pensionado	(a registrar por la EPS)

B. AFILIACIÓN

1. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del Cotizante o cabeza de familia

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
AGUIR	JEREZ	EDGAR	GERMAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1054 681 650	Femenino Masculino X	12 5 12 1958

2. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	15. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	COLPENSIONES	2.500.640

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
CALLE 39 I # 32F-65	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3142261056	EDGARGERMAN1958@HOTMAIL.COM

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana X Rural		

3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA 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 de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA PC		Femenino Masculino	

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

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

309

Gonzalez Cano	NIT / CC	TI / PA	CE / CD	96125122756	Ya registrado por la EPS

39. Ubicación

Dirección	Teléfono Fijo
Calle 13 B-E # 25B-12	8254162

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Constanza.gonzalez@sanitas.com.co	Bogotá	

8. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

V. DATOS PARA LA APLICACIÓN DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN RC TI CC CE PA CD SC		Femenino Masculino		

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	Código	

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de mi obligación de afiliarme al Régimen Contributivo. Expreso o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que soportan la condición de beneficiarios.
- [x] 49. Declaración de no vinculación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se origen de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

VIII. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la petición de la póliza putativa, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

Recibido

Recibe que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VI del formulario.

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello	Radicar procedimiento

EPS Sanitas
OFICINA ZONAL N
06 AGO 2021
RECIBIDO POR:

510

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ROBINSON GERMAN NOVA JEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.054.091.050**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Octubre del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FUENTES FUENTES SONIA JUDITH** identificado(a) con **CC** número **1.023.028.140** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de julio de 2018 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 13 de agosto de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

512 9

ARL | sura

Medellín, 05 de agosto de 2021

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 CONSORCIO OPORTO que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1023028140	FUENTES FUENTES SONIA JUDITH	09/08/2021		26195161	DEPENDIENTE

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 05/08/2021 11:52:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.252.51.231, 198.143.41.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

513 1

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233 Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



Fecha de Atención
6/8/21, 3:03 p. m.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad	Documento #	Tipo de Examen	Cargo
23	1023028140	Periódico	asistente social

INFORMACIÓN

SONIA JUDITH
FUENTES FUENTES

Ciudad
Bogotá

Empresa
CONSORCIO OPORTO

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

USUARIA DE LENTES DE CORRECCIÓN DE ASTIGMATISMO

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONÓMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. EJERCICIO AEROBICO
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 1.5 A 2 MTS
EVITAR LOS CONTACTOS ESTRECHOS POR MAS DE 15 MIN SIN TAPABOCAS
USO PERMANENTE DE TAPABOCAS
LIMPIEZA DE PUESTO DE TRABAJO
LAVADO DE MANOS SEGÚN TECNICA DE LA OMS
7. ALIMENTACIÓN BALANCEADA
8. CONTROL DEL PESO
9. CONTROL VISUAL ANUAL

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SEGÚN CIRCULAR 30 DE 2020 COVID 19:

Según valoración médica realizada el paciente no presenta comorbilidades o condiciones que deriven riesgo de complicaciones en caso de infección por Covid-19. Esta valoración se realiza de acuerdo a lo establecido a la Circular 30 de 2020 emitida por el Min. Salud

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

FIRMA TRABAJADOR
SONIA
FUENTES
1023028140

514 10

REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

FUENTES | FUENTES | SONIA | JUDITH
1023028140 | 01 | 06 | 1998

COLPENSIONES | 908.526 | Cra 6b esta #90 27 sur | SURA | USME | ALFONSO
BOGOTA | BOGOTA | 3257489 | 3125523425 | CONSORCIO.OPORTO@GMAIL.COM

CONSORCIO OPORTO | 901351629 | 6
CLL 18 SUR # 25D - 12 | BOGOTA | BOGOTA | 4151232 | 3015621023 | CONSORCIO.OPORTO@GMAIL.COM
09 | 08 | 2021 | AUXILIAR SOCIAL | 908.526

FUENTES | FUENTES | SONIA | JUDITH
1023028140 | 01 | 06 | 1998
09 | 08 | 2021 | COMPENSAR

Andrea

nueva eps
Recibido para estudio
Olga Lucia Mosquera Arias
Codigo 2712 Cels 312 387 3601

515 10

Medellín, 05 de agosto de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que ERNESTO RAFAEL DIAZ HERAZO identificado(a) con cédula de ciudadanía 73155017 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 09/08/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO OPORTO N901351629

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5742101

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 05/08/2021 10.38 AM

Dirección IP: 190.252.51.231, 198.143.41.6, 172.16.42.57

516 11

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **73.155.017**

DIAZ HERAZO

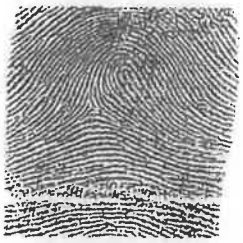
APELLIDOS

ERNESTO RAFAEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-AGO-1972**

CHINU
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

14-DIC-1990 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1301900-00378774-M-0073155017-20120528 **00300**47943A 1 38065407

5P 1

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



Fecha de Atención
2/8/21, 10:51 a. m.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad	Documento #	Tipo de Examen	Cargo
48	73155017	Periódico	DIRECTOR DE OBRA

INFORMACIÓN

ERNESTO RAFAEL DIAZ HERAZO

Ciudad
Bogotá

Empresa
CONSORCIO OPORTO

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

PACIENTE ASINTOMATICO

RECOMENDACIONES GENERALES

NINGUNA

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SEGÚN CIRCULAR 30 DE 2020 COVID 19:

Según valoración médica realizada el paciente **no presenta** comorbilidades o condiciones que deriven riesgo de complicaciones en caso de infección por Covid-19. Esta valoración se realiza de acuerdo a lo establecido a la Circular 30 de 2020 emitida por el Min. Salud

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

FIRMA TRABAJADOR
ERNESTO
DIAZ
73155017

518 1(

aportes en línea

Res en General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 73155017		DIAZ HERAZO ERNESTO RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	FINCA LAS MERCEDES VEREDA EL HATO	LA CALERA-CUNDINAMARCA	8741125	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	1044187850	9421191238	I	2021/07/07	2021/07/01	BANCO DE BOGOTA	0	$276,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$877,803	$17,600			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$877,803	$17,600			$0	$0		$0	$0
Ciudad: LA CALERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$877,803	$17,600			$0	$0		$0	$0
1	CC	73155017	DIAZ ERNESTO	230301	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$113,600	CCF21	30	$877,803	$17,600		0	$0	$0	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$877,803	$17,600			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 73155017		DIAZ HERAZO ERNESTO RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	FINCA LAS MERCEDES VEREDA EL HATO	LA CALERA-CUNDINAMARCA	8741125	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	1044187850	9421191238	I	2021/07/07	2021/07/01	BANCO DE BOGOTA	0	$276,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$276,600	$0	$0	$276,600

2021/07/01 03:47 PM

Minerva 10-03

SIEMPRE AL DIA!

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible en computador.

Fecha: 22 - 04 - 17 | Empleo o cargo en el que está interesado: GUARDA DE SEGURIDAD | Código cargo:

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 3 Convenio 111 OIT.

Apellidos: FERNANDEZ ARIAS | Nombres del aspirante: CARLOS EDUARDO

Lugar y fecha de nacimiento: CARACAS 15-02-66

Dirección domicilio actual: CARRERA 78CBis No5 H52 Sur | Ciudad: BOGOTA | Cod. P.

Teléfono: — | No. Celular: 311 4798370

Correo electrónico: eduardo_arias2006@Hotmail.com | Nacionalidad: VENEZOLANO

Profesión u ocupación habitual: GUARDA | (*) Estado civil: CASADO | Años de experiencia laboral: 30 años



DOCUMENTACIÓN (*) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía No. | Expedida en: | (*) Libreta militar No: 61054 | Primera clase: | Distrito No: | Segunda clase:

Tarjeta profesional No: | ¿Tiene vehículo? SI [ ] NO [X] | Licencia de conducción No. | Categoría

PEP805508 3i5021966

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? SI [ ] NO [X] | ¿En qué empresa? | Empleado [ ] Independiente [ ] | Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? SI [ ] NO [X] | ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? SI [ ] NO [X] | Fecha | ¿Lo recomienda alguien de esta empresa? SI [ ] NO [X] | Nombre | Dependencia

Parientes trabajando en esta empresa: SI [ ] NO [X] | Nombre | Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [X] Amigo [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?

¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? BOGOTA

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto a donde reside actualmente? SI [ ] NO [X]

Vive en casa [ ] Propia [ ] Familiar [X] Arrendada [ ] | Nombre del arrendador: DON JULIO Teofilo Herrera 320 5822343 | Teléfono | ¿Hace cuanto tiempo reside en este lugar? 4 MESES

¿Actualmente recibe algún ingreso adicional? SI [ ] NO [X] | Descríbalo e indique su valor mensual | ¿Cuánto suman sus ocupaciones económicas mensuales? $ 600.000

¿Por qué motivos? Arriendo / Servicios | ¿Cuánto es su aspiración salarial? $

¿Qué actividades le gustan? OIR MUSICA - VER TV | ¿Practica algún deporte? SI [ ] NO [X] ¿Cuál(es)?

¿Ha recibido o ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? SI [ ] NO [X] ¿Cuál(es)?

¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria deportiva, cultural, etc.? SI [ ] NO [X] ¿Cuál(es)?

OBJETIVO Mencione brevemente sus expectativas tanto a nivel laboral, educativo y personal e indique cómo planea hacerlas realidad.

FORMAR PARTE DE UNA ORGANIZACIÓN QUE BRINDE OPORTUNIDADES DE CRECIMIENTO TANTO EN EL AMBITO PROFESIONAL COMO PERSONAL ADQUIRIENDO EXPERIENCIA ATRAVES DEL TRABAJO EQUIPO

Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las infracciones

Escaneado con CamScanner

III. INFORMACIÓN FAMILIAR

ANABEL SANCHEZ — DOCENTE — BARRIO PINARES — 3229491305 — BOGOTA
DOCENTE — 01 — HIJO — 19
RAMON FERNANDEZ — MAESTRO DE OBRA — FALLECIDO
NOELIA ARIAS — AMA DE CASA — FALLECIDA

IV. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑOS APROBADOS	AÑO GRADO	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Clásico / Técnico	9	93	BACHILLER	U.E. INSTITUTO LIBERTAD	CARACAS
Comercial / Otro					
Educación Superior Técnico					
Tecnológico					
Universitario					
Postgrados					
Otros cursos, diplomados, seminarios	(Indique el último)	Nombre del programa: REENTRENAMIENTO SEGURIDAD		Institución: CEFORVIG	

¿Cursa estudios actualmente? S ___ No X — ¿Qué tipo de estudios? — Duración (años, semestres, meses) — Año, semestre que cursa

Nombre de la institución — Horario: Diurno ___ Nocturno ___ — Fin de semana ___ — Ausencia ___

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio: R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien

Sistemas: S X No ___	1. OFFICE	R	B X	MB	3.	R	B	MB			
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB			
Idiomas:		Lectura			Escritura			Habla			
S ___ No ___	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUÉ CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUÉ ÁREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS (*)

AGRICULTURA		Metalurgia		FINANCIERO	
GANADERÍA / AVICULTURA		Madera y Papel		INMOBILIARIO	
MINERÍA		Automotores		INFORMÁTICO	
HIDROCARBUROS		Muebles		SALUD	
INDUSTRIA		Reciclaje		EDUCACIÓN	
Alimentos y Bebidas		OTROS (¿Cuáles?)		SEGUROS	
Tabaco				TURISMO / RECREACIÓN	
Textiles y Confecciones				OTROS SERVICIOS	
Cuero y Calzado		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		Asesorías Profesionales	
Papel y Cartón		CONSTRUCCION		Servicios Temporales	
Editorial y Artes Gráficas		COMERCIO		Seguridad Vigilancia	X
Químicos y Farmacéuticos		HOTELES Y RESTAURANTES		OTROS SECTORES	
Caucho y Plástico		TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO			
Vidrio Cerámicas y Cemento		COMUNICACIONES			

ÁREA DE LA EMPRESA

Administración		Personal	X
Auditoría		Sistemas	X
Bodega		Tesorería	
Compras		OTRAS (¿Cuál?)	
Contabilidad			
Costos			
Crédito y Cobranzas	X		
Diseño			
Finanzas			
Gerencia General			
Impuestos			
Mercadeo	X		
Producción			
Publicidad			

Interva

(*) Basado en Clasificación Industrial Actividades Económicas para Colombia DANE

Escaneado con CamScanner

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la empresa: AM PM SEGURIDAD LIMITADA | Dirección: CLL 27 # 62 - 34. CLL 66 H SO - 27 | Teléfono(s):

Nombre de su jefe inmediato: PILAR CASTELLANO | Cargo: GERENTE | Fecha de ingreso: 01 09 18 | Fecha de retiro: 12 09 19

Total tiempo servido: 1 AÑOS | Sueldo inicial: $ | Sueldo final o actual: $ 990.000 | Cargo(s) desempeñado(s) por usted: GUARDA SEGURIDAD

Funciones realizadas: ATENCION AL CLIENTE, LLEVAR LAS MINUTAS, NOVEDADES, VISITANTE, VEHICULAR, ESTAR PENDIENTE ENTRADA Y SALIDAS RESIDENTES.

Logros obtenidos: VISITANTES, ARCHIVAR LAS CORRESPONDENCIAS, RECORRIDOS POR LAS AREAS.

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuanto tiempo? | Contrato directo con la empresa [ ] | Otro [ ] ¿Cuál? | Fijo [ ] | Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] | 1/2 Tiempo [ ] | Por horas [ ] | Jornada: Diurna [ ] | Nocturna [ ] | Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: CULMINACIÓN DE CONTRATO.

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa | Dirección | Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato | Cargo | Fecha de ingreso | Fecha de retiro

Total tiempo servido | Sueldo inicial: $ | Sueldo final: $ | Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuanto tiempo? | Contrato directo con la empresa [ ] | Otro [ ] ¿Cuál? | Fijo [ ] | Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] | 1/2 Tiempo [ ] | Por horas [ ] | Jornada: Diurna [ ] | Nocturna [ ] | Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa | Dirección | Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato | Cargo | Fecha de ingreso | Fecha de retiro

Total tiempo servido | Sueldo inicial: $ | Sueldo final: $ | Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuanto tiempo? | Contrato directo con la empresa [ ] | Otro [ ] ¿Cuál? | Fijo [ ] | Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] | 1/2 Tiempo [ ] | Por horas [ ] | Jornada: Diurna [ ] | Nocturna [ ] | Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

Entidad promotora de salud (EPS)? Si [ ] No [ ] | ¿Fondo de pensiones? Si [ ] No [ ] | ¿Fondo de cesantías? Si [ ] No [ ]

¿Cuál? COMPENSAR EPS. | ¿Cuál? ? | ¿Cuál?

Fecha de afiliación: Cotizante [ ] Beneficiario [ ] | Fecha de afiliación: | Fecha de afiliación:

minerva

Si [ ] No [X] ¿Cuál?

minerva 1

Escaneado con CamScanner

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.- EMILSE SÁNCHEZ	GUARDA	SOACHA	3108783700
2.- LUIS MARTINEZ	GUARDA	MADELENA	3504031080

Nombre de un familiar que pueda contactar en caso de no encontrarlo a usted directamente

3.- Nombre	Cargo	Dirección	Teléfono

Verificación (Escriba aquí la información)

1.-

2.-

3.-

Autorizo para información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.

Baje gratis el archivo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com

o

Imprima su Hoja de Vida en ALIADO LABORAL www.aliadolaboral.com

Nota importante

[illegible] Nombre o razón social

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí en la presente hoja de vida son verídicas (C. S. T., Art. 62 Num. 1) Régimen Laboral Colombiano § 1957 (Legis)

Firma del solicitante

C.C.

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
	Día	Hora	Asistió a entrevista? S	No	Hora de Llegada
1.-					
2.-					

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien

Aspectos	Primer Entrevistador R	B	MB	Segundo Entrevistador R	B	MB	Aspectos	Primer Entrevistador R	B	MB	Segundo Entrevistador R	B	MB	Otros aspectos
Puntualidad							Conocimiento cargos anteriores							
Presentación							[illegible]							
Aspecto de [illegible]							Se ajusta a perfil							
[illegible]														

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador

Segundo entrevistador

Cargo dado se ocupado definitivamente S ☐ No ☐	Contratese a partir del	Sueldo $	
Cargo dado elegible proximamente S. ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato	
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

Encuentre nuevas formas en www.formasminerva.com

Escaneado con CamScanner

524 1

REPUBLICA DE COLOMBIA
Migracion Colombia
PEP RAMV

MIGRACION

No. 8055083150219966

Apellidos
FERNANDEZ ARIAS

Nombre
CARLOS EDUARDO

Cedula de Identidad
6301221



Sexo
M

Nacionalidad
VENEZOLANA

Fecha de Nacimiento
1966/02/15

Fecha de Expedicion
2018/08/23

Escaneado con CamScanner

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 11001653703
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12-58 Int. 5
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General



No ingreso 557253	**Fecha Impresión** 2021-08-06	**Empresa Contratante**	INVERSIONES DE SEGURIDAD LIMITADA
Nombre	CARLOS EDUARDO FERNADEZ ARIAS	**Empresa a Laborar**	
Cargo	GUARDA DE SEGURIDAD	**Tipo de Examen**	PERIODICO
PE	805508315021966	**Sede**	ZONA INDUSTRIAL
Fecha Ingreso	2021-02-22 08:15:52	**Fecha Salida**	2021-02-22 09:31:00

Examenes Complementarios

Paraclinicos

- EMO Periodico
- Audiometria
- Visiometria

Laboratorio Clinico

Vacunas

Certificación de Aptitud

Aplazado Observaciones: REQUIERE AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periodico ocupacional
- Habitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Proteccion personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **BIOLÓGICO:** Uso de elementos de Bioseguridad adecuados para el riesgo y verificación de esquema de vanuación.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

SE SUGIERE TENER EN CUENTA RECOMENDACIONES GENERALES Y PREVENTIVAS PREVIAMENTE ENUMERADAS. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL FORMULADOS POR OPTOMETRA TRATANTE. REQUIERE AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA POSTERIOR A VALORACION EN EPS POR MEDICINA GENERAL PARA DEFINIR LIMPIEZA OTICA

Recomendaciones Especificas Empresa

REQUIERE AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA POSTERIOR A VALORACION EN EPS POR MEDICINA GENERAL PARA DEFINIR LIMPIEZA OTICA NO PRESENTA EN LA ACTUALIDAD PATOLOGIA DE ALTO RIESGO PARA COVID 2019 SEGUN CIRCULAR 0030 DE MAYO 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD. ADHERIR INTEGRALMENTE A LOS PROTOCOLOS Y LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA POR PANDEMIA CONVID 2019. INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA EMPRESA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES IDENTIFICADOS DE ACUERDO A LA MATRIZ DE RIESGO DE LA EMPRESA Y SEGUN EL CARGO DEL TRABAJADOR.

Observaciones

REQUIERE AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÒN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: CLAUDIA ROCIO PEÑA ESPINOSA
CC: 52068783
Registro médico: 41170
Licencia N°: 3813 13/08/2020

Firma del trabajador: CARLOS EDUARDO FERNADEZ ARIAS
CC: 805508315021966

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

Fecha de Radicación: 03/10/2019

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación X
2. Tipo de Afiliado: A. Individual — Cotizante o cabeza de Familia X
3. Régimen: A. Contributivo X
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante X
Código (lo registra solo la EPS): C1

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

8. Apellidos y nombres: FERNANDEZ ARIAS CARLO EDUARDO
7. Tipo de documento de identidad: PEP
8. Número de documento de identidad: 805508315021966
9. Sexo: Femenino / Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 15/02/1966

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo X
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Axa colpatria
16. Administradora de pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia: Carrera 78C Bis Nº 65a - 52 Sur 3125691 3143983470
Zona: Urbana X / Rural
Barrio: Bosa
Municipio: Bogotá DC
eduardo-arias2006@hotmail.com Bogotá DC

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente y hijos)

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino / Masculino
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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
01								
02								
03								
04								
05								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Discapacidad: Tipo / Carnet	31. Municipio / Depto	32. Datos de residencia: Zona (Urbana / Rural)	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (lo registra solo la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS
Código de la IPS (lo registra solo la EPS)

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

35. Nombre o razón social: Inversiones de seguridad ltda
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 800093106
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (lo registra solo la EPS): Porvenir
39. Ubicación: Calle 74 Nº 22-23 3125691 inverpersonal@outlook.com Bogotá dc Bogotá DC

IX. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización permanente de movilidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la vinculación en la EPS — Código
6. Reintegro en la EPS
7. Inclusión de cotizantes o de afiliados adicionales X
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

42. Movilidad: A. Régimen Contributivo X / E. Régimen Subsidiado
44. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
45. Reporte por fallecimiento
46. Reporte del traslado de protección al cesante
47. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
48. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad
Número de documento de identidad
Sexo: Femenino / Masculino
Fecha de nacimiento: 28/09/2019
43. Caja de Compensación Familiar a la cual pertenece o Pagadora de Pensiones
45. EPS anterior
44. Motivo de traslado — Código

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

49. Declaración de veracidad y exactitud de los beneficiarios y afiliados adicionales
50. Declaración de afiliación al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del cotizante a la base de datos de afiliados vigente y a los entidades públicas que por ley así lo requieran
52. Autorización para que la EPS [illegible] cabeza de familia y [illegible] de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. [illegible] para que la EPS [illegible] información al correo electrónico [illegible] suministrado en la [illegible]

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante o cabeza de familia
Huella

IX. ANEXOS

CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. FA Cant. CD Cant. SC Cant. Total

56. Anexo copia del documento de identidad
57. Copia del folio de matrícula mercantil o certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
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.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o [illegible]
62. Documento en que conste la posición de la prima pensional, o el certificado de deducción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de los 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 — Código del municipio — Código del departamento
67. Datos del SISBEN — Número de la ficha — Puntaje — Nivel
68. Fecha de radicación: 03 OCT 2019
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación — Tipo de documento de identidad — Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

VIGILADO Supersubsidio

Escaneado con CamScanner

52

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800093106
Número Afiliación:	155888
Razón social:	INVERSIONES DE SEGURIDAD LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	PASAPORTE
Número de Documento	8055083
Nombre:	CARLOS EDUARDO FERNANDEZ ARIAS
Fecha Ingreso:	28/09/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 004
Tasa:	4,350
Fecha hora transacción:	27/09/2019 04:23:01 p.m.

Escaneado con CamScanner

528

CARTA DE COMPROMISO

Mediante la presente me permito certificar mi disponibilidad para trabajar para el CONSORCIO OPORTO, en el contrato No. 403-2019 suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar, que tiene por objeto REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y ADECUACION DE LOS PARQUES VECINALES Y/O DE BOLSILLO POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE A MONTO AGOTABLE EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR, en el siguiente cargo y la siguiente disponibilidad:

CARGO CELADOR

DISPONIBILIDAD 100%

Se firma en Bogotá al primer día (1) del mes de agosto de 2021

Firma

Nombre: CARLOS EDUARDO FERNANDEZ.

Cédula de ciudadanía: 80553831502196

Escaneado con CamScanner

HOJA DE VIDA

Vigilancia



Yuri Zuleima Vivas Moreno

Calle 48 Bis Este 5-96 el Diana Bogotá

3207719457

yurizulemavivas64@gmail.com recomendado.

1000139784 1000139784 X

1000139784 C1-42,181.

X

II. PERFIL LABORAL

Mi experiencia es prestar el servicio en el inpec, mi propósito es trabajar para poder seguir con mi carrera y mis proyectos.

III. INFORMACION PERSONAL

Oscar osorio. 9 meses.

$ 800.000

$ Asignado.

Arriendo, servicios y comida.

Escaneado con CamScanner

Ricardo Diaz. Cliente. 3203444497.
Edwin Valderrama. Amigo de casa. 3125845594.

Emanuel Diaz. Estudiante.

X 2017-11 Bachiller Renat Bogota.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

Funcionario INPEC. Cl057 # 15-60
Prestando servicio. 4 11 E 4 11 A 1'200.000 1'200.000
Apoyo al establecimiento

Katerine Usecheo. Dragonante.

Escaneado con CamScanner

Cansen S.A.S.

Cliente

Cajamarca.

Jefe de Talento Humano

Cordialmente,

VII. REFERENCIAS PERSONALES

William Moreno.	Oficios Varios.	3133775081
Lina Valencia.	Servicios Generales.	3118423184.
Maria Yenia Diaz.	Ama de casa.	3132773274.

Escaneado con CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-2000

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

08-OCT-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01048987-M-1000139784-20181207 0063505690A 2 1545171112

Escaneado con CamScanner

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA
Código Prestador: 1301653703
Nit: 830025102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12 58 int 5
Teléfono: 4329265
Email: conceptos@sosandes.co
SOA F050 1 Rev 7 Enero 2017



Paraclinicos | Laboratorio Clinico | Vacunas

SISTEMA MUSCULAR REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional.
- Hábitos nutricionales saludables.
- Utilización de EPP. Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana
- Control nutricional en EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR**: Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas

Recomendaciones Específicas Trabajador

EXAMEN FISICO SE REALIZA DENTRO DE LAS ESTRICTAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD /* EL PACIENTE NO PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS PARA COVID-19/* ADHERIR INTEGRALMENTE Y ADOPTAR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y MINISTERIO DE SALUD CON MOTIVO DE LA PANDEMIA POR COVID-19, TRABAJADOR PRESENTA PATOLOGÍA DE RIESGO PARA COVID 19 SEGUN CIRCULAR 0030 DE MAYO 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD HIGIENE POSTURAL (ALTERNAR POSTURA)/* USAR EPP SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA/* PAUSAS ACTIVAS (DE ACUERDO A SG -SST DE LA EMPRESA)/* CUMPLIR NORMAS DE PREVENCION DE COVID 19/* USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE

Recomendaciones Específicas Empresa

Seguir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa

CERTIFICO QUE HE DADO INFORMACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, ESTA ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o exámenes complementarios y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: MAYARIS CECILIA PIZARRO BADILLO
CC: 22571937
Registro médico: 2855/89
Licencia N°: 11423/15

Darwin O. Diaz

Firma del trabajador: DARWIN ORLANDO DIAZ VALDERRAMA
CC: 1000139784

Escaneado con CamScanner

584

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860 002 183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 155988 correspondiente a la empresa Inversiones De Seguridad Ltda

Nombre	T. I	Número de identificación	Fecha de Inicio cobertura
DARWIN ORLANDO DIAZ VALDERRAMA	C.C	1.000.139.784	09/04/2021

Cordialmente,

NANCY SEQUERA VERGARA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S A

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 16 de junio de 2021 a las 11:31:42 a.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512820 ó en Bogotá 4235757.

Pág 1 de 1

Escaneado con CamScanner

compensar salud

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DARWIN ORLANDO DIAZ VALDERRAMA identificado(a) con cedula ciudadania 1.000.139.784, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa INVERSIONES DE SEGURIDAD LIMITADA NIT 800093106, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos

Fecha Afiliacion	Fecha Retiro
20210409	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Junio de 2021

Observaciones:

Con destino a:
INVERSIONES DE SEGURIDAD LTDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 16157225

www.compensar.com

Escaneado con CamScanner

536 1

CARTA DE COMPROMISO

Mediante la presente me permito certificar mi disponibilidad para trabajar para el CONSORCIO OPORTO, en el contrato No. 403 2019 suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolivar, que tiene por objeto REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y ADECUACION DE LOS PARQUES VECINALES Y/O DE BOLSILLO POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE A MONTO AGOTABLE EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR en el siguiente cargo y la siguiente disponibilidad:

CARGO CELADOR

DISPONIBILIDAD 100%

Se firma en Bogota al primer dia (1) dias del mes de agosto de 2021

Firma: Darwin Diaz

Nombre: Darwin Diaz

Cédula de ciudadania: 1 000 139789

Escaneado con CamScanner

minerva
10-03

LA ORIGINAL

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Cl Zona

I. INFORMACION GENERAL



Apellidos del Aspirante: Oviedo Lasso
Nombres completos: Edwin
Fecha de Nacimiento: 22-01-1997
Lugar de Nacimiento: Chaparral Tolima
Dirección domicilio / Barrio: cra 88 I # 75 Sur 17
Ciudad: Bogota
Teléfono:
No Celular: 317-302-45-06 - 3209496446
Correo electrónico: Ewdo-94@hotmail.com
Nacionalidad: Colombiano
Profesión, ocupación u oficio: Guarda Seguridad
(*) Estado civil: Unión libre
Años de experiencia: 2024

DOCUMENTACION

(*) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía [ ] N° 7'763 292
Extranjería [ ] Expedida en
(*) Libreta militar N° 7'763 292 Primera clase [ ] Segunda clase [X]
Distrito N° 57
Tarjeta profesional N°
¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]
Licencia de conducción N° Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caracterizan en su vida laboral

Un buen Empleo para poder obtener una mejor Calidad de vida a nivel personal, laboral y Educativa. y dar lo mejor de mi para la Empresa que estoy Trabajando

III. INFORMACION PERSONAL

¿Esta trabajando actualmente? Si [ ] No [X]
¿En qué empresa?
Empleado [ ] Independiente [ ]
Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? Si [X] No [ ]
¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [X] No [ ]
Fecha: D M A
¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ]
Nombre
Dependencia

¿Tiene parientes que trabajen en esta empresa? Si [ ] No [X]
Nombre
Dependencia

¿Como tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ]
Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cual?

¿Acepta trabajar en una ciudad o sitio diferente al de su domicilio actual? Si [X] No [ ]
Vive en casa ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Arriendo? [X]
Nombre del arrendador: Carlos
Teléfono: 57 3178455
¿Hace cuanto tiempo reside en esa vivienda? 5 dias

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [ ]
Describalo o indique su valor mensual
¿Cuanto suman sus obligaciones economicas mensuales? $840 000
¿Por que conceptos? Arriendo, Servicios, Alimentacion Trasporte y otros
¿Cuanto es su aspiracion salarial? El Asignado
¿Cual es su principal aficion? El Siclismo
¿Practica algun deporte? Si [X] No [ ] ¿Cuales? Siclismo
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales entre otros? Si [ ] No [X] ¿Cuales?

minerva

Escaneado con CamScanner

Sandra Garzon — Ama de casa.

Gilberto Oviedo — Agricultor — 313 233 4117

Nelder Oviedo — Electricista — 312 352 01 64

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑOS APROBADOS	MES	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	1982	5	Primaria	Estitucion belarcasar	chaparral T.
Bachillerato Académico / Técnico					
Comercial / Otro	1988	11	Bachiller Academico	Colegio Cooperativo	Neiva
Educación Superior Técnico					
Tecnológico					
Profesional					
Postgrados					

Otros cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria: 50 horas	Nombre del programa: Cursos en Seguridad	Institución: Merchan Service LTDA
Otros cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria:	Nombre del programa:	Institución:

¿Actualmente se encuentra estudiando? SI ___ NO X — ¿Qué nivel de estudio? — Cuántos (días, semestres, meses) — Año / semestre que cursa

Nombre de la institución — Horario: Diurno ___ Nocturno ___ — Fin de semana ___ A distancia ___

OTROS CONOCIMIENTOS (marque el grado de dominio: R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)

Computación SI ___ NO X	1		R	B	MB	3		R	B	MB								
¿Cuál programa de cual?	2		R	B	MB	4		R	B	MB								
Idiomas			Inglés				Francés				Portugués				Otro			
SI ___ NO X			R	B	MB		R	B	MB		R	B	MB		R	B	MB	
¿Cuál otro sí conoce?	2		R	B	MB		R	B	MB		R	B	MB		R	B	MB	

Nota: en caso de ser contratado (a) favor presentar todos los documentos

VI. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la empresa donde laboró	Área de trabajo	Fecha de ingreso (D M A)	Fecha Retiro (D M A)	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $
Nombre del jefe inmediato					
Dirección y teléfono de la empresa					
Motivo del retiro	Cargo				
Funciones del cargo					
Tipo de contrato: Indefinido ___ Fijo ___ ¿Cuánto tiempo?	Contrato a prestación de servicios ___ Contrato por medio de agencia ___	Otro ___ ¿Cuál?			
Horario de trabajo: Tiempo completo ___ Medio Tiempo ___ Por horas ___	Jornada: Diurna ___ Nocturna ___ Otra jornada ___				
Nombre del reemplazo					

Escaneado con CamScanner

Prestacion de Servicio de Seguridad en Centro Comerciales Punto Alegre

Logros obtenidos: Reconocimiento por el buen desempeño laboral

Tipo de vinculación: Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: voluntario

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
				$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuanto tiempo? Fijo [ ]
Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	José Cristo Garzon	conductor	cl 79 D 88 J 16	3203566111
2.	Adela Garzon	Ama de casa		3112557915

Nombre (s) un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Sandra Garzon	Ama de casa		3132212538
2.	Yesica Oviedo	Administradora		3112079863

Autorizo para verificación de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción [ ]

Nota Importante

Favor no llamar personalmente ni escribir a preguntar por vinculación de esta hoja de vida. Nosotros le avisaremos cuando

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1627 Ltda.)

Firma del solicitante

CC [illegible] cc 7163292

minerva

Escaneado con CamScanner

540 11

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

7.163.292
GUSTAVO LASSO

ESPAÑA



FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-1971
CHAPARRAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ M
05-MAY-1989 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

Escaneado con CamScanner

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 11001653703
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12-58 Int. 5
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017



No. ingreso 539165 Fecha Impresión 2021-08-06

Nombre	EFRAIN OVIEDO LASSO	Empresa Contratante	INVERSIONES DE SEGURIDAD LIMITADA
Cargo	VIGILANTE	Empresa a Laborar	
CC	7163292	Tipo de Examen	PERIODICO
Fecha Ingreso	2021-01-27 10:08:44	Sede	ZONA INDUSTRIAL
		Fecha Salida	2021-06-27 10:51:25

Paraclinicos

- EMO Periódico
- Visiometria
- Audiometria

Laboratorio Clínico

Vacunas

Puede Continuar Laborando

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

EXAMEN Fisico SE REALIZA DENTRO DE LAS ESTRICTAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD./* EL PACIENTE NO PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS PARA COVID-19/* ADHERIR INTEGRALMENTE Y ADOPTAR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y MINISTERIO DE SALUD CON MOTIVO DE LA PANDEMIA POR COVID 19, TRABAJADOR NIEGA PATOLOGÍA DE ALTO RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 0030 DE MAYO 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD HIGIENE POSTURAL (ALTERNAR POSTURA)/* PAUSAS ACTIVAS (DE ACUERDO A SG -SST DE LA EMPRESA)/* CUMPLIR NORMAS DE PREVENCIÓN DE COVID 19/*

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complamentarias y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: MAYARIS CECILIA PIZARRO BADILLO
CC: 22671937
Registro médico: 2885
Licencia N°: 11423 11/9/2015

Firma del trabajador: EFRAIN OVIEDO LASSO
CC: 7163292

Escaneado con CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800093106
Número Afiliación: 155888
Razón social: INVERSIONES DE SEGURIDAD LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 7163292
Nombre: EFRAIN OVIEDO LASSO
Fecha Ingreso: 16/09/2020
Salario básico: 877.803
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 1
Centro de trabajo: CTRAB 004
Tasa: 4,350
Fecha hora transacción: 15/09/2020 03:55:48 p.m.

Escaneado con CamScanner

543 1

135132242

2. Tipo de Afiliación — A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectivo C. Institucional — Beneficiario o Afiliado adicional
3. Régimen — A. Contributivo X B. Subsidiado
B. Reporte de Novedades X
Tipo de Afiliado — A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante — A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

Datos Básicos de Identificación del Cotizante o Pensionado

4. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Oviedo — Segundo Apellido: Lasso — Primer Nombre: Efrain — Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC X PA SC
8. Número del documento de identidad: 7163292
9. Sexo: Femenino — Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 22/01/1972

DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad — Tipo F N M — Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización IBC: 877803
18. Residencia — Dirección: Cra 88 C # 75-17 sur
Teléfono Fijo
Teléfono Celular
Correo Electrónico
Municipio / Distrito: Bogotá
Zona — Urbana X Rural
Localidad / Comuna
Departamento: D.C

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres — Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo — Femenino — Masculino
23. Fecha de nacimiento

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

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

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

OPTICAMPRESS

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

Escaneado con CamScanner

CC 1000093106

Teléfono Fijo

Municipio Bogotá | Departamento D.C

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código
- [x] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: A Régimen Contributivo / B Régimen Subsidiado / C Régimen Especial / D Diferente Regimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN RC TI CC CE PA CD SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				16 09 2020

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas - Act.	Código	

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción
- [ ] 49. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que exonera a cotizantes de beneficiarios
- [ ] 50. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 51. 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.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55 El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad 1 (CN RC TI CC PA CE CD SC) TOTAL 1
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 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
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 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.

DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Certificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

72. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario	
		E.P.S. Sanitas RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN Fecha: 16 SEP 2020	

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los documentos presentados, y los autoriza para su verificación.

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Jairo Trujillo G. C.C. 79.296.871		

Escaneado con CamScanner

545 17

CARTA DE COMPROMISO

Mediante la presente me permito certificar mi disponibilidad para trabajar para el CONSORCIO OPORTO, en el contrato No. 403-2019 suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar, que tiene por objeto REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y ADECUACION DE LOS PARQUES VECINALES Y/O DE BOLSILLO POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE A MONTO AGOTABLE EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR, en el siguiente cargo y la siguiente disponibilidad:

CARGO CELADOR

DISPONIBILIDAD 100%

Se firma en Bogotá al primer día (1) del mes de agosto de 2021

Firma

Nombre: Efrain oviedo

Cédula de ciudadanía: 3163297

Escaneado con CamScanner

minerva

LA ORIGINAL

SIEMPRE AL DIA

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en computador.

Fecha	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo
20 / 12 / 18		

I. INFORMACIÓN GENERAL



Apellido(s) del aspirante: Figueroa Villada	Nombre(s) del aspirante: Omar Javier
Lugar y fecha de nacimiento: 03-10-1998 Libano Tolima	
Dirección domicilio / Barrio: KR 68 L Bis A 37D 00 72 AP 402	Ciudad: Bogota DC.
Teléfono:	No. Celular: 322-415-2217
Correo electrónico: Omarfiguroes@gmail.com	Nacionalidad:
Profesión, ocupación u oficio:	(*) Estado civil: Soltero — Años de experiencia laboral:

DOCUMENTACIÓN

(*) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cedula de ciudadanía: [X] No. 1104711748 — Extranjería: [ ] Expedida en:	(*) Libreta militar No. 1104711748 — Distrito No. FUERZA AEREA — Primera clase: [X] Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X] — Licencia de conducción No. — Categoría

II. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En que empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [ ]	Fecha: D / M / A	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [ ]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?	¿Acepta trabajar en otra ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [ ] No [ ]	
Vive en casa: ¿Familiar? [X] ¿Propia? [ ] ¿Arrendada? [ ]	Nombre del arrendador: Eugenio Parra Figueroa	Teléfono: 3208517571	¿Hace cuanto tiempo reside en este sitio?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 350.000	
¿Por qué conceptos? Arriendo y personalmente.		¿Cuanto es su aspiración salarial? $ 1.000.000	
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algun deporte? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.?
Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.?
Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

OBJETIVO Mencione brevemente qué expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique cómo planea hacerlas realidad.

Soy un empleado con capacidad de desempeñar distintas tareas, Caracterizandome tanto por la eficiencia como por la responsabilidad, Con expectativa de estudiar

© by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

Escaneado con CamScanner

III. INFORMACION FAMILIAR

	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Dirección		Teléfono	Ciudad
	Parentesco	Edades	
Padre Mario orlando Suarez	Agricultor		
Madre Ana cruz Nieto Valadez	Ama de Casa	3012777767	
	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)	

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑOS APROBADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	5		Institucion educativa Valladolid	IBAGUE
Bachillerato Clásico				
Técnico				
Civil				
Educación Superior Técnico				
Tecnólogo				
Profesional				
Postgrado				

Cursos cortos, diplomados, seminarios: Horas aprobadas: Nombre de programa: Institución:

¿Cursa estudios actualmente? Si ___ No ___ ¿Qué tipo de estudios? Duración (años, semestres, meses): Año / semestre que cursa:

Institución: Horario: Diurno ___ Nocturno ___ Fin de semana ___ A distancia ___

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio: R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien

Sistemas: Si ___ No ___	1	R	B	MB	3.	R	B	MB			
Otro(s) ¿Cuál(es)?	2	R	B	MB	4	R	B	MB			
Idiomas:		Lectura			Escritura			Habla			
Inglés: No ___	1	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
¿Qué tan bien lo conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	

Nota: en caso de ser contratado(a) favor precarar toda la documentación.

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUE CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUE ÁREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS (*)

AGRICULTURA	X	Metalurgia		FINANCIERO	
GANADERIA, AVICULTURA		Maquinaria		INMOBILIARIO	
MINERIA		Automotores		INFORMÁTICO	
HIDROCARBUROS		Muebles		SALUD	
INDUSTRIA		Reciclaje		EDUCACIÓN	
Alimentos y Bebidas		OTROS (¿Cuáles?)		SEGUROS	
Textiles y Confecciones				TURISMO / RECREACIÓN	
Químicos y Plásticos				OTROS SERVICIOS	
Papel y Artes Gráficas		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		Asesorías Profesionales	
Cuero y Calzado		CONSTRUCCION		Servicios Temporales	
Caucho y Plástico		COMERCIO		Seguridad Vigilancia	
Vidrio, Cerámica y Cemento		HOTELES Y RESTAURANTES		OTROS SECTORES	
		TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO			
		COMUNICACIONES			

ÁREA DE LA EMPRESA

Administración		Personal	
Auditoría		Sistemas	
Bodega		Tesorería	
Compras		OTRAS	
Contabilidad			
Costos			
Crédito y Cobranzas			
Diseño			
Finanzas			
Gerencia General			
Impuestos			
Mercadeo			
Producción	X		
Publicidad			

minerva

(*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas para Colombia DANE.

Escaneado con CamScanner

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Michael leonel Cruz Operario 3008581921

Angie Gabriela Varon Operaria Almac. 1082643324

ALIADO LABORAL

Nota importante | Certificación | Firma del solicitante

1024711748

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (espacio exclusivo para el empleador)

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO: B - Bueno | MB - Muy Bue

Aspecto	Primera Entrevista	Segunda Entrevista	Otras

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Sueldo: S

Cargo | Tipo de contrato

Firma entrevistador | Firma de quien autoriza contratación

www.formasminerva.com

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.104.711.748
FUQUENES VILLADA

APELLIDOS
URIAS JAIR

NOMBRES
Jair fuquene

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1998
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

28-NOV-2016 LIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2907300-00882484-M-1104711748-20170209 0053576640A 1 47327435

Escaneado con CamScanner

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 84-37
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Informacion General

No. ingreso 540164	Fecha Impresión 2021-01-29	Empresa Contratante	INVERSIONES DE SEGURIDAD LIMITADA
Nombre	URIAS JAIR FUQUENE VILLADA	Empresa a Laborar	
Cargo	GUARDA DE SEGURIDAD	Tipo de Examen	PRE - INGRESO
CC	1104711748	Sede	POLO CLUB I
Fecha Ingreso	2021-01-28 10:30:54	Fecha Salida	2021-01-28 11:50:00



Examenes Complementarios

Paraclinicos

- EMO Pre Ingreso

Laboratorio Clinico

Vacunas

Calificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periodico por Promocion y Prevencion por EPS
- Control periodico ocupacional
- Utilizacion de EPP Elementos de Proteccion personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **VISUAL:** Educación en higiene visual Uso de protección visual según tipo de exposición Adecuada iluminación del puesto de trabajo Pausa activa visual

Recomendaciones Especificas Trabajador

Realizar pausas activas durante su jornada laboral Uso de correccion visual, controles visuales periodicos Uso de tapabocas permanente Lavado de manos frecuentemente. Adherir integralmente y adoptar los protocolos de bioseguridad según lineamentos expedidos por la Presidencia de la República y Ministerio de Salud con motivo de la pandemia por covid-19

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa. Adherir integralmente y adoptar los protocolos de bioseguridad según lineamentos expedidos por la Presidencia de la Republica y Ministerio de Salud con motivo de la pandemia por covid-19 Trabajador niega presentar patología de alto riesgo para COVID-19 según circular 0030 de mayo de 2020 del Ministerio de Salud

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: DIANA MARCELA GUTIERREZ SIABATTO
CC: 52798539
Registro médico: 52798539
Licencia N°: 4666 de 29/04/2019

Jair U. fuquene.

Firma del trabajador: URIAS JAIR FUQUENE VILLADA
CC: 1104711748

Escaneado con CamScanner

AXA COLPATRIA
reinventando los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800093106
Número Afiliación: 155888
Razón social: INVERSIONES DE SEGURIDAD LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1104711748
Nombre: URIAS JAIR FUQUENE VILLADA
Fecha Ingreso: 20/12/2018
Salario básico: 781.242
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 1
Centro de trabajo: CTRAB 004
Tasa: 4,350
Fecha hora transacción: 19/12/2018 06:29:04 p.m.

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No de Radicación | Fecha de Radicación

107042850

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite — A. Afiliación B. Registro de Novedades
2. Tipo de Afiliación — A. Individual B. Colectivo D. De Oficio — Cotizante o Cabeza de Familia — Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional
3. Régimen — A. Contributivo E. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado — A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante — A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACION

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

6. Apellidos y nombres — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad — CN TI CE CD RC CC PA SC
8. Número del documento de identidad
9. Sexo — Femenino Masculino
10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad — Tipo F N M — Condición T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia — Dirección
Teléfono Fijo
Teléfono Celular
Correo Electrónico
Municipio / Distrito
Zona — Urbana Rural
Localidad / Comuna
Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad — CN TI CE CD RC CC PA SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo — Femenino Masculino
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				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

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

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

Escaneado con CamScanner

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

25. Nombre o razón social | 36. Tipo documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

26. Dirección | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

27. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de errores de digitación de identificación
3. Actualización de documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Traslado de otra EPS a la EPS
Código
6. Retiro de la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Traslado de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo; B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen; B. Diferente Régimen
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte de trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN RC TI CC PA CE CD SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

	Cantidad	TOTAL
56. Amparo crítico del documento de identidad (CN RC TI CC PA CE CD SC)		
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente		
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital		
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		
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor		
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia		
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		
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud		
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas		
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio		

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio / Código del Departamento)	67. Datos del SISBÉN (Número de ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Escaneado con CamScanner

CARTA DE COMPROMISO

Mediante la presente me permito certificar mi disponibilidad para trabajar para el CONSORCIO OPORTO, en el contrato No. 403-2019 suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar, que tiene por objeto REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y ADECUACION DE LOS PARQUES VECINALES Y/O DE BOLSILLO POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE A MONTO AGOTABLE EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR , en el siguiente cargo y la siguiente disponiblidad:

CARGO CELADOR

DISPONIBILIDAD 100%

Se firma en Bogotá al primer día (1) días del mes de agosto de 2021

Firma

Nombre: Cristian Javier Luque

Cédula de ciudadanía: 1104211748

Escaneado con CamScanner

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: jueves, 12 de agosto de 2021 05:10:15 PM

Período del Informe: Desde el 01 de agosto de 2021 hasta el 13 de agosto de 2021

Pagada 04/08/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INVERSIONES DE SEGURIDAD LTDA		
Documento	NI800093106	**Dirección**	CL 74 #22 - 23
Tipo de Empresa		**Teléfono**	3125691
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	PAEZ MONROY LUZ VIRGINIA	**Identificación**	CC41712296

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades															Administradoras							IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Periodo de Cot.	Periodo Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	SPP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 79242141	HURTADO GRANADOS WILLIAM	1038075663	04/08/2021	202107	202108																		30	30	30	30	230201	EPS017	14-4	CCF28	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$175.200	$43.800	$47.700	$43.800	$0	$0	$0	$0	$310.500
CC 1104711748	FUQUENES VILLADA URIAS JAIR	1039074133	04/08/2021	202107	202108																		30	30	30	30	230201	EPS005	14-4	CCF28	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$175.200	$43.800	$47.700	$43.800	$0	$0	$0	$0	$310.500
CC 1051588116	PEREZ GALLO URIEL	1039074133	04/08/2021	202107	202108																		30	30	30	30	230201	EPS017	14-4	CCF28	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$175.200	$43.800	$47.700	$43.800	$0	$0	$0	$0	$310.500
CC 7163292	OVIEDO LASSO EFRAIN	1037666796	04/08/2021	202107	202108																		30	30	30	30	230301	EPS005	14-4	CCF28	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$175.200	$43.800	$47.700	$43.800	$0	$0	$0	$0	$310.500
CC 1000139764	DIAZ VALDERRAMA DARWIN ORLANDO	1037666796	04/08/2021	202107	202108																		30	30	30	30	230301	EPS008	14-4	CCF28	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$175.200	$43.800	$47.700	$43.800	$0	$0	$0	$0	$310.500
PE 05508315021966	FERNANDEZ ARIAS CARLOS EDUARDO	1037666796	04/08/2021	202107	202108																		30	30	30	30	230301	EPS008	14-4	CCF28	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$1.094.715	$175.200	$43.800	$47.700	$43.800	$0	$0	$0	$0	$310.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 86 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie a computadora de forma clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
11 [illegible] 21	Guarda de Seguridad

I. INFORMACIÓN GENERAL



Apellidos del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Perez Gallo	Uriel

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
01 03 1984	Firabitoba Boyaca

Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
Carrera 154A #108-10	Bogotá

Teléfono	N. Celular
	320 8480411 - 3123242612

Correo electrónico	Nacionalidad
Urielgallo84@gmail.com	Colombia

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia
Guarda de Seguridad	Unión libre	5 años

DOCUMENTACIÓN (*) Requerido según Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía / Extranjería	No.	Expedida en	(*) Libreta militar	No.	Distrito No.	Clase
	1.052.588.115	Firabitoba Boyaca		1.052.588.115	84	X

Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción No.	Categoría
	Si ☐ No X		

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente sus experiencias y habilidades que considere importantes en su hoja de vida

Anivel laboral Acerca Experiencia y Soy Competente.
Anivel Educativo, Soy Bachiller Academico graduado
Anivel personal, Soy muy Honesto y trabajo con Responsabilidad.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No X		Empleado ☐ Independiente ☐	

¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?	Nombre / Dependencia
Si ☐ No X	Si ☐ No X	/ /	Si ☐ No ☐	

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Si ☐ No X		Anuncio ☐ Amigo X Redes Sociales ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

¿Vive con familiares o en arriendo?	Vive en casa ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☐ ¿Arriendo? X	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo vive en esta vivienda?
Si X No ☐		Bernardina galindo	3115749127	4 meses

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
Si ☐ No X	El asignado	$ El asignado

¿Por qué contratarlo?	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Arriendo Servicios Alimentacion	$ El asignado

¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte?	¿Cuáles?
Trabajar para salir adelante	Si ☐ No X	

¿Alguna vez ha recibido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otras?
Si ☐ No X ¿Cuáles?

c) Ley. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

Escaneado con CamScanner

IV. INFORMACION FAMILIAR

Jacqueline valderrama	Servicios generales	N.H.S.	1233792697
oficios varios	Dg 16 Nº 68-58	3975820	Bogotá
	Maira Camila		5 años
Elizabeth peres	hogar		3125682830
Juana peres	Estudiante		312 6278854

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑOS APROBADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	1994 5°		Escuela Fiscal Mixta	Boyacá
Bachillerato	2004 11		Colegio Itec	Bogotá
Educación Superior				

Otros cursos, diplomados, seminarios. | Fecha del diploma | Nombre del programa | Intensidad

Otros cursos diplomados seminarios | Fecha del diploma | Nombre del programa | Intensidad

¿Actualmente estudia? | ¿Que carrera es? | Cuantos semestres tiene en total | Año semestre que cursa

Horario: Diurno | Nocturno | Ambos

OTROS CONOCIMIENTOS — R-Regular B-Bueno MB-Muy Bueno

Sistemas	Si	No	1	R	B	MB	3.	R	B	MB									
			2	R	B	MB	4	R	B	MB									
Idiomas	Si	No	1.	Escucha			Lectura			Escritura			Habla						
¿Cuales?			2	R	B	MB		R	B	MB		R	B	MB		R	B	MB	
				R	B	MB		R	B	MB		R	B	MB		R	B	MB	

Nota: en caso de ser contratado(a), favor presentar todos los certificados

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES VAYA A LA ULTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL

Nombre empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono
Expertos seguridad Ltda		Carrera 64 Nº 97-68	467 4467

Cargo	Area de cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Salario Inicial	Salario Final
Guarda de Seguridad		26 01 2019	04 03 2019	$1'130.000	1'90.000

Centro comercial y atencion al cliente

Nombre jefe inmediato	Cargo
Mauricio pantán	Palacio Lopez

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuanto tiempo? | Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cual? | Fijo [ ] | Contrato por medio de agencia [X]

Tiempo completo [X] | Tiempo Parcial | Por horas | Jornada: Diurna [X] Nocturna [X] Otra jornada [ ]

Motivo retiro: voluntaria

minero

Escaneado con CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
PITTSBURG L.t.d.A		calle 23B Nº 50B-90	410 8321

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda de Seguridad		16/01/2012	11/2020	$130.000	$190.000

Funciones del cargo: conjunto residencial porteria y vehicular

Nombre de su jefe inmediato: Lizeth Lepe — Cargo: Talento Humano

Tipo de contrato: Indefinido X ¿Cuánto tiempo? — Contrato por obra o labor — Otro — ¿Cuál?
Fijo — Contrato ocasional de servicios X

Horario de trabajo: Tiempo completo X — 1/2 Tiempo — Por horas — Jornada: Diurna X Nocturna X Otra jornada

Motivo del retiro: voluntario

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Andina del valle		Carrera 47A # 9-56	400 99 33

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda de Seguridad		16/1/2020	6/3/21	$	$

Funciones del cargo: Conspaciamiento Colnagen
atención al cliente

Nombre de su jefe inmediato: Marcela Palacio Lopez — Cargo: Talento Humano

Tipo de contrato: Indefinido X ¿Cuánto tiempo? — Contrato por obra o labor — Otro — ¿Cuál?
Fijo — Contrato ocasional de servicios

Horario de trabajo: Tiempo completo X — 1/2 Tiempo — Por horas — Jornada: Diurna X Nocturna X Otra jornada

Motivo del retiro: voluntario

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Jhonathan Cepedes	Contratista		312 828 0695
2.	Rosemberg Alejo	Ornamentador		312 3242942

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Jacqueline de Hoyos	Servicios Generales		312 3292642
2.	Luis Barroso	Independiente		312 322 7018084

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción X

Nota importante

[illegible] por teléfono ni acudir a preguntar por [illegible] de esta entidad. Nosotros le avisamos [illegible]

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1) Regimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

Unal Perez gallo
CC 1.051.588.115 Fila bfuba

minerva

Escaneado con CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.051.588.115
NUMERO

PEREZ GALLO
APELLIDOS

URIEL
NOMBRES

URIEL PEREZ GALLO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-1984
SAN MATEO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G S RH

M
SEXO

26-MAY-2004 FIRAVITOBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

P-0706800-34128731-M-1051588115-20040913 0246604257A 02 1520014071

Escaneado con CamScanner

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 11001653703
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12-58 Int. 5
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. Ingreso 540862	Fecha Impresión 2021-05-12	Empresa Contratante	INVERSIONES DE SEGURIDAD LIMITADA
Nombre	URIEL PEREZ GALLO	Empresa a Laborar	
Cargo	VIGILANTE	Tipo de Examen	INGRESO
CC	1051588115	Sede	ZONA INDUSTRIAL
Fecha Ingreso	2021-05-12 05:18:43	Fecha Salida	2021-05-12 09:50:34



Examenes Complementarios

Paraclinicos

- EMO Periodico
- Visiometria
- Audiometria

Laboratorio Clinico

Vacunas

Certificación de Aptitud

Apto para ejercer la labor

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periodico ocupacional
- Habitos nutricionales saludables
- Utilizacion de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana
- Control nutricional en EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

EXAMEN FISICO SE REALIZA DENTRO DE LAS ESTRICTAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD./* EL PACIENTE NO PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS PARA COVID-19/* ADHERIR INTEGRALMENTE Y ADOPTAR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y MINISTERIO DE SALUD CON MOTIVO DE LA PANDEMIA POR COVID 19, TRABAJADOR NIEGA PATOLOGÍA DE ALTO RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 0030 DE MAYO 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD NO USO DE AUDÍFONOS HIGIENE POSTURAL (ALTERNAR POSTURA)/* USAR EPP SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA/* PAUSAS ACTIVAS (DE ACUERDO A SG -SST DE LA EMPRESA)/* CUMPLIR NORMAS DE PREVENCIÓN DE COVID 19/* USO DE CORRECCIÓN VISUAL PARA VISIÓN CERCANA

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: MAYARIS CECILIA PIZARRO BADILLO
CC: 22671937
Registro médico: 2885/89
Licencia N°: 11423/15

Uriel Perez Gallo

Firma del trabajador: URIEL PEREZ GALLO
CC: 1051588115

Escaneado con CamScanner

561 14

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 155888 correspondiente a la empresa Inversiones De Seguridad Ltda.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
URIEL PEREZ GALLO	C.C.	1.051.588.115	15/05/2021

Cordialmente,

NANCY SEQUERA VERGARA.
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 15 de junio de 2021 a las 03:37:31 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Escaneado con CamScanner

362

X X X X

PEREZ GALLO URIEL

CC 1051588115 X 01 03

11. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS

$908.526 CL 41 S 88G 08 4374928

elcielo5450@gmail.com BOGOTA DIST

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación de cónyuge

→ GOMEZ. HECTOR DIUZNO

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y/O APORTANTE O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN O DE

INVERSIONES DE SEGURIDAD NT 800093106

CL 74 22 23 3125691 BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

X

15

Escaneado con CamScanner

563 15

CARTA DE COMPROMISO

Mediante la presente me permito certificar mi disponibilidad para trabajar para el CONSORCIO OPORTO, en el contrato No. 403-2019 suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar, que tiene por objeto REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y ADECUACION DE LOS PARQUES VECINALES Y/O DE BOLSILLO POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE A MONTO AGOTABLE EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR , en el siguiente cargo y la siguiente disponiblidad:

CARGO CELADOR

DISPONIBILIDAD 100%

Se firma en Bogotá al primer día (1) días del mes de agosto de 2021

Firma Uriel Perez Bello

Nombre:

Cédula de ciudadanía: 1051588615

Escaneado con CamScanner

minerva
10-03

www.formasminerva.com

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 13 - 11 - 20

Empleo o cargo al que aspira: GUARDA DE SEGURIDAD.

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT

Apellido(s) del aspirante: HURTADO GRAJALES

Nombre(s) del aspirante: WILLIAM.



Fecha de nacimiento: 13 - 06 - 67

Lugar de nacimiento: BOGOTA D.C.

Dirección completa y Barrio: CLL. 140D 96-07 - CERRO SUBA

Ciudad: BOGOTA D.C.

Teléfono:

N°. Celular: 3123183378

Correo electrónico:

Nacionalidad: COLOMBIANO

Profesión, ocupación u oficio: EMPLEADO

(*) Estado civil: SEPARADO

Años de experiencia laboral: 16. AÑOS

DOCUMENTACIÓN

(*) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía [ ] No 79242141

Extranjería [ ] Expedida en: SUBA.

(*) Libreta militar No. 79242141

Distrito No 55

Primera clase: [ ]

Segunda clase [X]

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]

Licencia de conducción No.

Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caracterizan en su vida laboral

BACHILLER ACADEMICO - CURSOS DE VIGILANCIA BANCARIA - GRANDES SUPERFICIES - RESPONSABILIDAD SOY UNA PERSONA HONRADA - RESPONSABLE - SERVICIAL - CONTOLERANCIA - PUNTUAL - LLEVO CON LA EMPRESA Y CON LOS CLIENTE - RESPONDIENDOLE DE ACUERDO LA CONTRATACION. BRINDADA

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]

¿En qué empresa?

Empleado [ ] Independiente [ ]

Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]

Fecha: D M A

¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [X]

Nombre

Dependencia

¿Tiene parientes que trabajen en esta empresa? Si [ ] No [X]

Nombre

Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [X] ¿Cuál? CELADOR

¿Hace cuánto tiempo reside en esta ciudad o sitio donde actualmente trabaja? Si [X] No [ ]

Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Pieza? [ ] ¿Arrendada? [X]

Nombre del arrendador: SRA ROSA

Teléfono: 3138421567

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 18 MESES

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]

Describa o enuncie su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1'100.000 =

¿Por qué conceptos?

¿Cuánto es su aspiración salarial? $ 1'200.000 =

¿Cuál es su principal afición? DEPORTE

¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ] ¿Cuál(es)? SERIES DE EJERCICIO

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

Minerva S.A.S. Prohibida su reproducción. Se perseguirán penalmente las falsificaciones

Escaneado con CamScanner

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre y apellidos (padre o acudiente)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde labora	
Navi A. Pousus Ruiz.	Empleada	Eminse S.A	
Cargo	Dirección	Teléfono	Ciudad
Supervisora	C. Dept. Conj. Eucalipto	8143312353	Bogotá D.C.
Personas a cargo	Parentesco	Edades	
2	Hijos.	18-20	
Nombre de la madre	Profesión, ocupación u oficio	Teléfonos	
Luis Felipe Herrera P.	Ebanista "Fallecido"		
Maria Isabel Graciano M.	Hogar.	3013248044.	
Nombre del hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)	
Luis Enrique - Maria Isabel	Desempleado - Pensionado -		
Jose Ines - Luis Esperanza	Pensionado - Independiente	315 334 1469 3103026485	

V. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑOS CURSADOS	AÑO OBTENIDO	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1980	5	Primaria	Concentracion Panamericana	Bogotá D.C
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐	1986	6		Colegio Monterrey.	Bogotá D.C
	1987	1	Bachiller	I.E.D. Aho Jornada	Velez (Santa)
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Si ☐ No ☒ ¿Qué tipo de estudios? Duración (años, semestres, meses) Año / semestre que cursa

Nombre de la institución Horario Diurno ☐ Nocturno ☐ Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)

Sistemas Si ☐ No ☒	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
¿Qué programas maneja?	2	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas		Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
Si ☐ No ☒	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE LA ULTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Seguridad Napoles.	Seguridad.	C1198 Nº 18-10	6160284.

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda De Seguridad.	Recreación	02 11 19	10 08 20	$1'200.000	$1'250.000

Funciones realizadas

Estar pendiente del perimetro Rondas Periodicas - Ubicacion De Vehiculos Visitantes - Planillar de Vehiculos

Nombre de su jefe inmediato: Don Juan Carlos Sanchez Cargo: Coordinador.

Logros obtenidos

Profesionales - Personales - Economicos -

Tipo de contrato: Indefinido ☒ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☒ Otro ☐ ¿Cual? Contrato por medio de agencia ☐

Horario de trabajo: Tiempo completo ☒ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro Personal.

Minerva

Escaneado con CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
SEGURIDAD COSMOS.	SEGURIDAD.	CRA 6 Y Nº 97-48	3001065

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área de cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Salario Inicial	Salario Final
GUARDA DE SEGURIDAD	BODEGA.	01 05 18	30 04 19	$1'200.000	$1'240.000

Funciones del cargo: ESTAR PENDIENTE DE LOS LOCALES DE CONJUNTO - TORRES COMUNES MANTENIMIENTO DE PUNTOS - CONTROL MANEJO DE CARGUES ENTRANTES

Nombre de su jefe inmediato: FELICITE OVALLE. Cargo: COORDINADOR.

Logros obtenidos: PERSONALES - EDUCATIVOS - PROFESIONALES.

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [X] Otro [ ] ¿Cuál? Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: PERSONAL - "EXPULSE."

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono
QUIÑOZ SEGURIDAD	SEGURIDAD	CLLE 22 - Nº 44 A 06	3142368301.

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área de cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Salario Inicial	Salario Final
GUARDA DE SEGURIDAD	BODEGA.	01 05 18	30 04 19	$1'100.000	$1'140.000

Funciones del cargo: ESTAR PENDIENTE DE LOS LOCALES DE FRENTE DE LOS - APTOS - TORRES COMUNES MANTENIMIENTO DE PUNTOS - CONTROL DE CARGUES - CAMBIANTES

Nombre de su jefe inmediato: FELICITE OVALLE. Cargo: COORDINADOR

Logros obtenidos: EDUCATIVOS - PROFESIONALES - PERSONALES.

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [X] Otro [ ] ¿Cuál? Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: PERSONAL

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	HERNAN BOSA	INDEPENDIENTE		3133660139
2.	MANUEL ANDRADE.	EMPLEADO		3022140228

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	LUZ ESPERANZA HERNANDO	INDEPENDIENTE.		3209893193.
2.	MARIA ISABEL HERNANDO	PENSIONADA		3152341469

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [ ]

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos primero.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1º) Reglamento Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

C.C. 79242141

minerva 3

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **79.242.141**

HURTADO GRANADOS

APELLIDOS

WILLIAM

NOMBRES

William Hurtado Granados

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUN-1967**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

01-OCT-1985 SUBA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-01002669-M-0079242141-20180507 0061046679A 1 9904241345

Escaneado con CamScanner

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 84-37
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. Ingreso 549713 Fecha Impresión 2021-08-06

Nombre	WILLIAM HURTADO GRANADOS	Empresa Contratante	INVERSIONES DE SEGURIDAD LIMITADA
Cargo	GUARDA DE SEGURIDAD	Empresa a Laborar	
CC	79242141	Tipo de Examen	PRE - INGRESO
Fecha Ingreso	2021-02-10 10:30:50	Sede	POLO CLUB 1
		Fecha Salida	2021-02-10 11:37:21



Examenes Complementarios

Paraclinicos

- EMO Pre Ingreso

Laboratorio Clínico

Vacunas

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Habitos nutricionales saludables
- Continuar manejo médico
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **RESPIRATORIA:** Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

1- AUTO CUIDADO 2- USO DE EPPS 3- PAUSAS ACTIVAS 4-HABITOS D E VIDA SALUDABLES 5- USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN PANDEMIA 6- USO DE CORRECCION VISUAL -

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa. ADHERIR DE FORMA INTEGRAL TODAS LAS INDICACIONES PARA MANEJO DE PANDEMIA EMITIDAS POR MINSALUD EL PACIENTE NO CURSA CON ENFERMEDAD GRAVE PARA COVID 19 SEGUN LA RESOLUCION 0030 DEL 2020

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: Francisco Henry Acosta Muñez
CC: 19381855
Registro médico: 753
Licencia N°: 10887 30/09/2014

Firma del trabajador: WILLIAM HURTADO GRANADOS
CC: 79242141

Escaneado con CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800093106
Número Afiliación: 155888
Razón social: INVERSIONES DE SEGURIDAD LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 79242141
Nombre: WILLIAM HURTADO GRANADOS
Fecha Ingreso: 14/11/2020
Salario básico: 877.803
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 1
Centro de trabajo: CTRAB 004
Tasa: 4,350
Fecha hora transacción: 13/11/2020 05:13:28 p.m.

Escaneado con CamScanner

9007188753

20678974

26 11 2020

HURTADO

GRANADO3

WILLIAM

CC

79242141

13 05 1967

3877.803 CL 132D 124B 71

soporte.wiliamhurtado@gmail.com

3212452543

BOGOTA

DISTRITO CAPITAL

INVERSIONES DE SEGURIDAD

CL 74 22 23

3125691

NT 800093106

BOGOTA DISTRITO CAPITAL

14 11 2020

CARGO: VIGILANTE

INTERNET

Escaneado con CamScanner

Famisanar

NIT 830 003 564-7

9007188753

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación a EPS le fue entregada la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación a EPS le fue entregada la Carta de Desempeño, donde se presentan las características del servicio?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes de los afiliados y pacientes?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la carta de derechos y deberes fue aclarada adecuadamente por la EPS?	X	
¿Acepta a EPS Famisanar S.A.S. el uso de sus datos personales y sensibles para el cumplimiento de los derechos y deberes y la carta de desempeño del servicio?		X

Datos sensibles

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos: WILLIAM HURTADO GRANADOS

Identificación: CC 79242141

AUTORIZACION DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo establecido en el [illegible]

SI NO X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos: WILLIAM HURTADO GRANADOS

Identificación: CC 79242141

[illegible]

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) [illegible]

[illegible]

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos:

Identificación:

Edad: _____

Dirección de Domicilio:

Escaneado con CamScanner

572 18

CARTA DE COMPROMISO

Mediante la presente me permito certificar mi disponibilidad para trabajar para el CONSORCIO OPORTO, en el contrato No. 403-2019 suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar, que tiene por objeto REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y ADECUACION DE LOS PARQUES VECINALES Y/O DE BOLSILLO POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE A MONTO AGOTABLE EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR, en el siguiente cargo y la siguiente disponibilidad:

CARGO CELADOR

DISPONIBILIDAD 100%

Se firma en Bogotá al primer día (1) del mes de agosto de 2021

Firma William Hurdato

Nombre: WILLIAM HURTADO.

Cédula de ciudadanía: 79.727141. SUBA

Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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:

DUBIER ARBEY VILLAQUIRAN MONTOYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.845.621**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Agosto del 2021.

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.

ARL | sura

Medellín, 20 de agosto de 2021

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 JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1007845621	VILLAQUIRAN MONTOYA DUBIER ARBEY	21/08/2021		L22I2319	DEPENDIENTE

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 20/08/2021 14:10:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.61.143, 198.143.41.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4006998140	2|0|0|8|2|0|2|1

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

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

A. AFILIACIÓN

6.Apellidos y nombres			
Primer apellido: VILLAQUIRAN	Segundo apellido: MONTOYA	Primer nombre: DUBIER	Segundo nombre: ARBEY
7.Tipo documento de identidad: CC	8.Número del documento de identidad: 1007845621	9.Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10.Fecha de nacimiento: 0|6|1|2|1|9|9|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo: F N M — Condicion: T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	908526

18.Residencia			
Dirección: CL 1 20 00	Telefono fijo:	Telefono celular: 3118971577	Correo electronico: VILLAQUIRAN@HOTMAIL.COM
Municipio/Distrito: BOGOTA	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna:	Departamento: BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	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				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	C	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS SUBA - VS SUBA	VSSUBA - VSSUBA
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVILES SAS	NIT	900405131	01

39.Ubicación				
Dirección: DG 48 13B 19 ESTE	Teleéfono: 3713524	Correo electrónico: AFILIACIONESJJ@HOTMAIL.COM	Municipio/distrito: BOGOTA	Departamento: BOGOTA

576 1

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|0|0|8|2|0|2|1

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o 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. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste 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 Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos 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

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) WILLIAM CAVIEDES MUNOZ identificado(a) con C.C No. 1.022.410.556, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 04 de agosto del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

598 16

ARL | sura

Medellín, 04 de Agosto de 2021

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 JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - OBRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1022410556	CAVIEDES MUÑOZ WILLIAM	05/08/2021		13X95250	DEPENDIENTE

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:C10262617232121671553

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 04/08/2021 19:52:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.60.232.27, 192.230.94.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.022.410.556**

CAVIEDES MUÑOZ

APELLIDOS

WILLIAM

NOMBRES

William Caviedes Muñoz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1995**

SAN VICENTE DEL CAGUAN
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **A-** G.S. RH | **M** SEXO

11-DIC-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00930586-M-1022410556-20170809 0056972529A 1 9910102415

580 16

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 21-sep-2020 HORA 09:46:37
EMPRESA JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S A S NIT 900 405 131-0
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador William Cavieces Muñoz
Edad 24 años 9 meses 23 dias
Documento de Identificacion CC Número 1022410556
Cargo OFICIAL

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: SU CAPACIDAD AUDITIVA ES ADECUADA PARA LA OCUPACION
CONTROL ANUAL
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA.

Optometria
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO. USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON FILTRO AR. CONTROL ANUAL
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON FILTRO AR. CONTROL ANUAL

Otras Recomendaciones: 1/ / Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados Hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados con la alimentación. 6/ Uso de bloqueador solar 2 veces al dia. 7/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 8/ Ejercicio 3 veces a la semana como mínimo 30 minutos. 9/ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable. 10/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 11/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral 12/ Hidratación constante. 13/ Hábitos saludables. 14/ No se detecto ninguno de los diagnosticos listados como comorbilidades. 15/Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO. HALLAZGOS. OSTEOMUSCULAR. Normal. REMISION A EPS? SI. NUTRICION

"El examinado certifica que no omitio ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		Trabajador		
Firma	Dr. Jorge E. Betancourt P. Medico Especialista Salud Ocupacional REG. [illegible]	Firma	William Cavieces	Huella
Nombre	JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA	Nombre	William Cavieces Muñoz	
RM	18344 Lic SO:	C.C N	1022410556	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Coomeva | EPS

No. 28182548

Fecha de Radicación: 04 08 2021

RADICADO

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones antes de diligenciar este formulario)

1.Tipo de Trámite	2.Tipo de Afiliación	3. Regimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A.Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] / Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	C. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado	5.Tipo de Cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	01

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
CAVIEDES (Primer apellido)	MUÑOZ (Segundo apellido)	WILLIAM (Primer nombre)	(Segundo nombre)

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1022410556	Femenino [ ] Masculino [X]	28 11 1995

III.DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
06	Tipo [F N M] Condición [T P]		09

15. Administradora de Riegos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de Cotización - IBC
SEGUROS DE VIDA SURAMERIC	003 / PORVENIR	908,526

18. Residencia			
CALLE 48 SUR # 13D-19 (Dirección)	Teléfono fijo	3193423477 (Teléfono Celular)	William28@gmail.com (Correo electrónico)
11001 / BOGOTA D.C. (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	11 / BOGOTA D.C. (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Numero del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentescos	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Telefonofijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	SINERGIA UNIDAD BASICA AV 68 BGTA P P R ORAL SERVICE - P P R	20101030 20100286
B		
B		
B		

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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JACARD OBRAS DE INGENIERI	NI	900405131	01

39. Ubicación				
DG 48 SUR 13 B 19 ESTE (Dirección)	3713524 (Teléfono)	AFILIACIONESJJ@HOTMAIL.COM (Correo electronico)	BOGOTA D.C. (Municipio/Distrito)	BOGOTA D.C. (Departamento)

582 16

Coomeva | EPS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		0 4 0 8 2 0 2 1

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Regimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afillados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [x] 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
- [x] 53. Autorización para que la EPS envie información al correo electronico 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

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:	0	0	0	1	0	0	0	0	1

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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 teminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida 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. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Codigo del municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

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: _____

Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	( )	( )
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	( )	( )
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	( )	( )
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	( )	( )
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	( )	( )

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

583 17

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

YERVIS JESUS GONZALEZ ARTEAGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.126.126.408**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Agosto del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ARL | sura

Medellín, 20 de agosto de 2021

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 JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 OBRA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1126126408	GONZALEZ ARTEAGA YERVIS JESUS	21/08/2021		226A246J	DEPENDIENTE

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 20/08/2021 14:13:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.61.143, 198.143.41.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9007928781

No. de Radicación 22227285

Fecha de Radicación 20 08 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia X; - Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	A. Cotizante X B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

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

6. Apellidos y nombres			
GONZALEZ	ARTEAGA	YERVIS	JESUS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1126126408	Femenino ☐ Masculino X	24 12 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo ☐ Condición ☐			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	
$908.526		Zona Urbana ☐ Rural ☐

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			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad Tipo (F N M T P)	Condición	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL	NI	900405131	

39. Ubicación			
DG 48 S 13B 19 E	3713524	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad 20 08 2021
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependientes económicos de los beneficiarios o afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o a celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CC PEP T CE PA CD SC
Cantidad ____ Total ____

57. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
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
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del 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. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

586 17

OCUPACIONAL IPS S.A.S

NIT. 830.136.321-5
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución No. 14910 de 28-11-2018 de la SDS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 21-ago.-2021 **HORA** 08:28:15
EMPRESA JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL S.A.S NIT 900.405.131-0
TIPO DE EXAMEN: PERIÓDICO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Yervis Jesus Gonzalez Arteaga
Edad 37 años 7 meses 28 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1126126408
Cargo AYUDANTE DE OBRA

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Uso protección auditiva

Optometría
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO, USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON FILTRO AR, CONTROL ANUAL
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO, USAR MONOGAFAS Y GAFAS CON FILTRO AR, CONTROL ANUAL

Otras Recomendaciones: 1/ / Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna, 5/ Cuidados con la alimentación, 6/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 7/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 8/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral. 9/ Hidratación constante. 10/ Hábitos saludables.

12/ No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. 13/ Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR: CON HALLAZGOS
REMISION A EPS: SÍ, VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL PARA CONTROL DE PESO .

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma Henry Orozco Solano Med. Esp. Salud Ocup. Reg. Med. 0000-00 - Usaquén 70021

Nombre: HENRY OROZCO SOLANO

RM. 72264756 Lic.SO:

Trabajador

Firma

Nombre: Yervis Jesus Gonzalez Arteaga

CC N° 1126126408

Huella

SBP 17

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR Autorizo a Servisalud ocupacional IPS., a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrados en este documento. Servisalud ocupacional IPS., me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es) a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el (los) examenes. Fui informado de las medidas que tomara SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este (os) examen (es), están completas y son verídicas. Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la operación, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están catalogados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que sean usadas por EL RESPONSABLE, garantizando así el derecho de la intimidad y confidencialidad.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido cada fracción de párrafo y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Trabajador:

Firma: _____

Nombre: Yervis Jesus Gonzalez Arteaga

CC No. 1.126.126.408



588 17

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900405131	0	JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CAFAM	calle 48 sur # 13 D -19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3719524	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-08	1086041681	9423197227	E	2021/08/09	2021/08/06	BANCOLOMBIA	0	$1,970,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	70728180	CARDENAS CARDONA JAIRO ALBERTO																		30201	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
2	CC	1006520183	CAVIEDES MUÑOZ LUIS HERNANDO																		30301	30	$908,600	$145,400	EPS017	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
3	CC	13992073	FINO VIVAS JHONN JAIME																		30201	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
4	CC	1033718480	MORENO TIRIA RICARDO ANDRES																		30301	30	$908,600	$145,400	EPS044	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
5	CC	80353853	SOTO HERNANDO																		30201	30	$908,600	$145,400	EPS002	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
6	CC	1022959819	TAVAREZ FLOREZ EVERARDO																		30301	30	$908,600	$145,400	EPS017	30	$908,600	$36,400	CCF21	30	$908,600	$36,400	14-11	30	$908,600	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
7	CC	85441428	TAVAREZ AREVALO EVERARDO																		30201	30	$908,526	$145,400	EPS016	30	$908,526	$36,400	CCF21	30	$908,526	$36,400	14-11	30	$908,526	$63,300	30	$0	$0	SI	$281,500
Total Afiliados(7)																							$6,359,978	$1,017,800			$6,359,978	$254,800			$6,359,978	$254,800			$6,359,978	$443,100		$0	$0		$1,970,300

2021/08/06 09:34 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900405131	0	JACARD OBRAS DE INGENIERIA CIVIL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CAFAM	calle 48 sur # 13 D -19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3719524	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-08	1086041681	9423197227	E	2021/08/09	2021/08/06	BANCOLOMBIA	0	$1,970,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$1,017,800	$0	$0	$1,017,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$436,200	$0	$0	$436,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$581,600	$0	$0	$581,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$443,100	$0	$0	$443,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$443,100	$0	$0	$443,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$254,800	$0	$0	$254,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	7	$254,800	$0	$0	$254,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				7	$254,800	$0	$0	$254,800
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$36,400	$0	$0	$36,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$72,800	$0	$0	$72,800
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$36,400	$0	$0	$36,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$72,800	$0	$0	$72,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$36,400	$0	$0	$36,400
TOTAL				7	$1,970,500	$0	$0	$1,970,500

GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Nit. 900388069-8
Licencia: 12234 de 16/11/2011
PBX: 9261915
Dirección: Cra 47 No. 91 – 39 Interior 1, **Bogotá**
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: EMIRO JOSE BALDOVINO MARTINEZ
Identificación: CC 1053004745



Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1998-04-10 Edad: 23 A
Dirección
Teléfono:
Empresa: MECANIZADOS PEREZ JO LTDA
Empresa en misión: MECANIZADOS PEREZ JO LTDA
Actividad económica:
Talla (mts): 1.71 Peso (kg): 74.0 IMC: 25,31 Grupo Sanguineo: A +

EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
Examen medico ocupacional Periodico

Orden No.: 00294072 Fecha apertura: 20210422 10:47:05
Fecha cierre: 20210422 12:04:12
Realizado en: Santa Fe de Bogotá

Cargo u Oficio: AYUDANTE

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 custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PULSOXIMETRIA,AUDIOMETRIA VIA AEREA,OPTOMETRIA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

RECOMENDACIONES LABORALES

No exposicion a ruido constante
no superar niveles de 85 db sin epp auditivo
uso de epp auditivo
Control médico periodico.
Higiene postural
Pausas activas cada 2 horas

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en carbohidratos.
Dieta baja en grasas.
Dieta baja en sodio.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

CONTROL PERIODICO.
ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVOS.
LIMPIEZA OTICA O.D.
LIMPIEZA OTICA O.I.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Control Optometrico Periodico.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Puede continuar laborando en el mismo oficio

Lorena García

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LORENA JULIETH GARCIA SIERRA
Especialidad: ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 11161 de 20/09/2017 Registro No.: 255510/2011

Emiro

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1053004745

591 17

GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Nit 900388069-8
Licencia: 12234 de 16/11/2011
PBX: 9261915
Dirección: Cra 47 No. 91 – 39 Interior 1, **Bogotá**
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JOHN JAIRO PEREZ RODRIGUEZ
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1975-04-20 Edad: 46 A
Dirección
Empresa: MECANIZADOS PEREZ JO LTDA
Empresa en misión: MECANIZADOS PEREZ JO LTDA
Actividad económica:
Talla (mts): 1.66 Peso (kg): 61.0 IMC: 22,14 Grupo Sanguineo: O +

Identificación: CC 74180019
Teléfono:



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
Examen medico ocupacional Periodico

Orden No.: 00294074 Fecha apertura: 20210422 10:48:59
Fecha cierre: 20210422 12:05:43
Realizado en: Santa Fe de Bogotá

Cargo u Oficio: Jefe

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 custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PULSOXIMETRIA,AUDIOMETRIA VIA AEREA,OPTOMETRIA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico periodico.
Uso de medias baja compresion.
VALORACION Y ACTUALIZACION DE FORMULÑA OPTICA Y USO DURANTE LABOR.

MANEJO POR EPS

Valoración Periódica por EPS.
VALORACION POR OPTOMETRIA

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de intesidad moderada diarios.
Uso de medias de baja compresión.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

CONTROL PERIODICO.
ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVOS.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Control Optometrico Periodico.
Uso de rx optica de cerca .

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Puede continuar laborando en el mismo oficio

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: ROBERTO DANIEL LUNA RUBIO
Especialidad: ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 3443-23-07-20 Registro No.: 231333/2009

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 74180019

592 17

GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Nit. 900388069-8
Licencia: 12234 de 16/11/2011
PBX: 9261915
Dirección: Cra 47 No. 91 – 39 Interior 1, **Bogotá**
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: WILSON LOPEZ HUERTAS
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1974-04-10 Edad: 47 A
Dirección
Empresa: MECANIZADOS PEREZ JO LTDA
Empresa en misión: MECANIZADOS PEREZ JO LTDA
Actividad económica:
Talla (mts): 1.63 Peso (kg): 67.2 IMC: 25,29 Grupo Sanguineo:

Identificación: CC 79662200
Teléfono:



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
Examen medico ocupacional Periodico

Orden No.: 00294073 Fecha apertura: 20210422 10:48:31
Fecha cierre: 20210422 12:07:17
Realizado en: Santa Fe de Bogotá

Cargo u Oficio: CORTADOR

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 custodia y reserva de la historia clinica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PULSOXIMETRIA,AUDIOMETRIA VIA AEREA,OPTOMETRIA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico periodico.
Higiene postural.
Pausas activas cada 2 horas.
Requiere uso de corrección visual segun prescripción.
Uso de elementos de proteccion personal.
Uso de medias de mediana compresion.

MANEJO POR EPS

Control nutricional por EPS.
Valoración Periódica por EPS.
Toma diaria de medicamento

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en carbohidratos.
Dieta baja en grasas.
Ejercicio fisico 30-60 minutos de ejercicio a 50-80% de la capacidad aeróbica, por lo menos 3-4 días a la semana.

INCLUIR EN PVE

Auditivo

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

CONTROL PERIODICO.
CONTROL E INGRESO SEGÚN PVE.
ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVOS.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Control Optometrico Periodico.
Uso de EPP visual.
Uso de Rx Optica Permanentes.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Puede continuar laborando en el mismo oficio

Observación
NO PRESENTA NINGUNA PATOLOGIA COMO FACTOR DE RIESGO, QUE LO INCLUYA EN LA POBLACION VULNERABLE PARA COVID 19

** NO SE REALIZA ESPIROMETRIA SEGUN LINEAMIENTOS DE MIN SALUD , POR PANDEMIA ACTUAL

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: SANDRA MILENA CAMELO GARCIA
Especialidad: ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
Licencia S.O.: 7093 de Registro No.: 2821-03

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 79662200

593 18

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900197270-2	MECANIZADOS PEREZ J.O. LTDA	CARRERA 23 No 6-73	7740090	mecanizadosperez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				11	0
2021-08	2021-07	E	04/08/2021	52425415	TOTAL A PAGAR	
					$5.220.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	36.400	0		0		0	0	0	0	36.400	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	251.100	0		0		0	0	0	0	251.100	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	172.100	0		0		0	0	0	0	172.100	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	169.300	0		0		0	0	0	0	169.300	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	48.700	0		0		0	0	0	0	48.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	800229739-0	126.000	0	0	0	0	0	0		126.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.717.700	0	0	0	0	0	0		1.717.700	7
25-14	Colpensiones	800138004-7	865.700	0	0	0	0	0	0		865.700	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.155.400				1.155.400	0	0	1.155.400			11.554	1.155.400	11

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	677.600	0	0	677.600	11

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900197270-2	MECANIZADOS PEREZ J.O. LTDA	CARRERA 23 No 6-73	7740090	mecanizadosperez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 11 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-08	2021-07	E	04/08/2021	52425415	$5 220 000

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Nora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	677 600	677 600
Pensión	3	2 709 400	2 709 400
Riesgos Laborales	1	1 155 400	1 155 400
CCF	1	677 600	677 600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	5 220 000	5 220 000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900197270-2	MECANIZADOS PEREZ J.O. LTDA		CARRERA 23 No 6-73	7740090	mecanizadosperez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 11 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-08	2021-07	E	04/08/2021	52425415	$5 220 000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Colombiano	SAG	AVP	VSP	TDP	TAP	VAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIONES	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo Pensional de Subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1053004749	BALDOVINO MARTINEZ EMIRO JOSE	1	0		S																	230301	1 321 687	211 500	0	0	0	0	EPS017	1 321 687	52 900	14-23	1 321 687	B	92 000	CCF24	1 321 687	52 900	0	0	0	0	0
2	CC	1073241828	PEREZ CORTES LIZETH VANESSA	1	0		S																	230301	1 200 000	192 000	0	0	0	0	EPS005	1 200 000	48 000	14-23	1 200 000	B	63 600	CCF24	1 200 000	48 000	0	0	0	0	0
3	CC	19347719	PAEZ ALARCON GERMAN	1	0		S																	230301	1 215 687	194 800	0	0	0	0	EPS037	1 215 687	48 700	14-23	1 215 687	B	84 700	CCF24	1 215 687	48 700	0	0	0	0	0
4	CC	46375287	PEREZ RODRIGUEZ NIDIA	1	0		S	X																230301	908 526	145 400	0	0	0	0	EPS002	[illegible]	36 400	14-23	908 526	B	[illegible]	CCF24	908 526	36 400	0	0	0	0	0
5	CC	74180019	PEREZ RODRIGUEZ JOHN JAIRO	1	0		S																	230301	3 180 000	508 800	0	0	0	0	EPS008	[illegible]	127 200	14-23	3 180 000	B	221 400	CCF24	3 180 000	127 200	0	0	0	0	0
6	CC	79125757	PAEZ ALARCON OSCAR	1	0		S																	230301	1 321 687	211 500	0	0	0	0	EPS017	[illegible]	52 900	14-23	1 321 687	B	92 000	CCF24	[illegible]	52 900	0	0	0	0	0
7	CC	79662200	LOPEZ HUERTAS WILSON	1	0		S																	25-14	1 120 287	179 200	0	0	0	0	EPS037	1 120 287	44 900	14-23	1 120 287	B	78 000	CCF24	1 120 287	44 900	0	0	0	0	0
8	CC	88240224	ROLON CUBIDES HARDY ALEXANDER	1	0		S	X																230201	787 300	126 000	0	0	0	0	EPS005	787 300	31 500	14-23	787 300	B	54 900	CCF24	787 300	31 500	0	0	0	0	0
9	CC	88311301	ROLON CUBIDES YOJAN ALBEIRO	1	0		S																	25-14	1 109 687	177 600	0	0	0	0	EPS005	1 109 687	44 400	14-23	1 109 687	B	77 300	CCF24	1 109 687	44 400	0	0	0	0	0
10	CC	8865671	BALDOVINO MARTINEZ ARGEMIRO	1	0		S																	230301	1 586 687	253 900	0	0	0	0	EPS017	1 586 687	63 500	14-23	1 586 687	B	110 500	CCF24	1 586 687	63 500	0	0	0	0	0
11	CC	9397585	PEREZ RODRIGUEZ OMAR	1	0		S																	26-14	3 180 000	508 800	0	0	0	0	EPS008	3 180 000	127 200	14-23	3 180 000	B	221 400	CCF24	3 180 000	127 200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ANEXO No. 10 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ANEXO 1. CONFORMACION COPASST, COCOLA, BRIGADAS

CONSORCIO OPORTO	ACTA DE REUNION

004.	12/08/2021	Oficina Consorcio.	SST
ACTA No.	FECHA	LUGAR:	AREA:

OBJETIVO: Realizar la conformación del comité de convivencia laboral para el consorcio OPORTO vigencia 2021 - 2022.

ASISTENTES

NOMBRES	CARGO	FIRMA
Ernesto Diaz	Director obra	
Sara Rodriguez	Secretaria	Sara Rodriguez.
Leonardo Cortes Sonia Fuentes	Aux Ingenieria Aux Social	Leonardo C.

DESARROLLO DE LA AGENDA
1. Postulación participantes. 2. Votaciones para elección representante trabajadores. 3. Nombramiento representante ccl ante la gerencia.

COMPROMISOS

No.	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA
1.	Capacitar al Copasst	residente SST.	octubre 2021.

CONSORCIO OPORTO	ACTA DE REUNION

001.	12/08/21	Ofina Consorcio	SST
ACTA No.	FECHA	LUGAR:	AREA:
OBJETIVO: Realizar la conformacion del COPASST. del Consorcio OPORTO. el cual tiene una vigencia de 2 años.			

ASISTENTES

NOMBRES	CARGO	FIRMA
· Cristian Adames	Residente Tecnico	
· Leonardo Contreras	Aux Ingenieria	Leonardo C.
· Sonia Fuentes	Aux Social	
· Alejandro Santamaria	Aux SSTMA	

DESARROLLO DE LA AGENDA
1- Postulacion de candidatos 2. votaciones. para eleccion representante trabajadores. 3. Nombramiento representante gerencia. para el COPASST.

COMPROMISOS

No.	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA
1.	Capacitar integrantes COPASST.	residente SST	octubre 2024.